МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

ISSN 1029-743 X

Volume 11 No 1
2007

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ

Керівник проєкту з 1996 року
Данчин А. О.

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
(Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір.) — рецензуємий науково-практичний журнал.

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" цитується та індексується у "Index Medicus", "Current Contents", "Science Citation Index".

Заснований у 1996 р.

Видається 4 рази на рік.

Затверджено
ВАК України 1997/1999 р.

Затверджено
Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij zurnal maloinvazivnoї ta endoskopićnoї hirurgii"
(Ukr. ž. maloinvazivnoї endosc. hir.)

"Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery"
(Ukr. J. Minimally Invasive Endosc. Sur.)

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник
Український фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видавник
Київський клінічний госпіталь

Мова видання
українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна.

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ #2301, 23.XII.1996

Підписано до друку 01.III.2007

Особиста подяка за сприяння

Демехіну В. А.

Сканування, дизайн та комп'ютерна верстка
Куценко С. О.

Друк
(050) 443-09-72

Головний редактор
Данчин О. Г.
Заступник головного редактора
Бойчак М. П.
Редактори
Голік Л. А., Лурін І. А.
Редакційна колегія
Возіанов О. Ф.
Венцковський Б. М.
Білий В. Я.
Bauer B. L. (Germany)
Бурий О. М.
Cohen A. R. (USA)
Заболотний Д. І.
Запорожан В. М.
Зозуля Ю. О.
Зубарев П. М. (Росія)
Grotenhuis J. A. (Netherlands)
Fukushima T. (USA)
Мамчич В. І.
Нікішаєв В. І.
Ничитайло М. Ю.
Orljansky V. (Austria)
Пасько В. В.
Педаченко Є. Г.
Perneczky A. (Germany)
Поліщук М. Є.
Радіонов Б. В.
Рубцов М. Л.
Руденко А. Ю.
Саєнко В. Ф.
Samii M. (Germany)
Shabus R. (Austria)
Sosna A. (Чехія)
Teo Ch. (USA)
Тімофеєв О. О.
Тофан А. В.
Цімбалюк В. І.
Щеглов В. І.
Шеф-редактор
Алхазян А. А.

Адреса редакції
01133, Київ, вул. Госпітальна, 18
тел./факс: (044) 522-8379

www.endoscopy.com.ua

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

4 **Вентрикулостомия и вентрикулоскопия желудочковой системы головного мозга — анализ интраоперационных данных и результаты лечения 53 пациентов**
Данчин А.А.

Ventriculostomy and Ventriculoscopy in 53 Patients — Operative Procedures and Results
A.A. Danchin

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

15 **Медико-економічна оцінка якості життя хворих із жовчно-кам'яною хворобою, які перенесли лапароскопічну холецистектомію**
Переста Ю.Ю., Мікловда В.П., Шніцер Р.І., Ревес В.Ю., Слава С.С., Марусанич Б.М., Руснак Я.О., Бондаренко В.М., Фречка В.М.

Medical and Economical Quality of Life Evaluation in Patients with Cholelithiasis After Laparoscopic Cholecystectomy
Yu.Yu. Peresta, V.P. Miklovda, R.I. Shnitzer, V.Yu. Reves, S.S. Slava, B.M. Marusanych, Ya.O. Rusnak, V.M. Bondarenko, V.M. Frechka

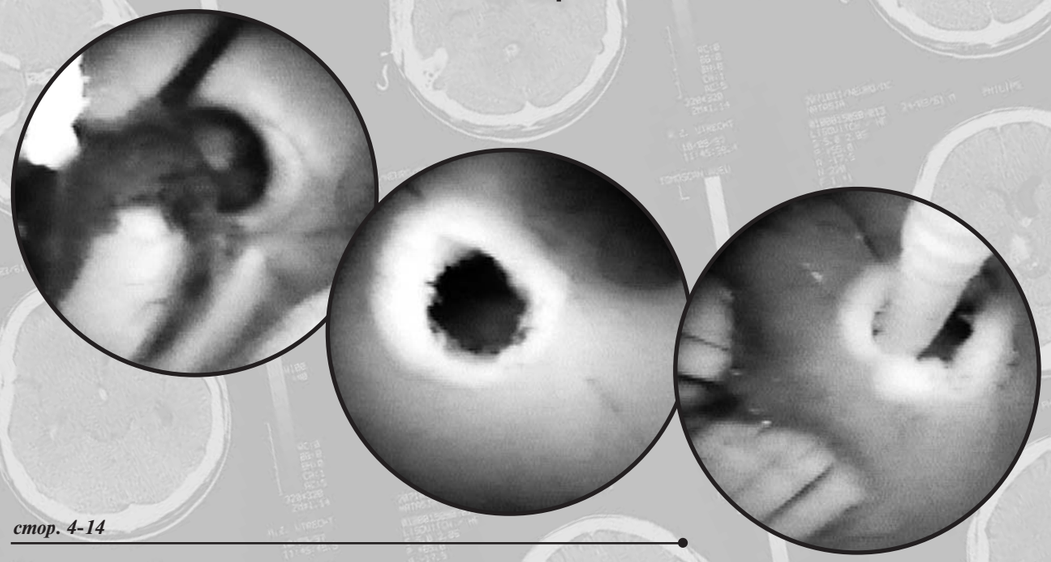
СИМПОЗІУМИ

21 **Матеріали симпозіуму "Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч"**
Україна, Київ, 16 березня 2007 р.

22• **Организация неотложной помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями**
31• **Эндоскопическая диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений**

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

40 **Інструкції для авторів**



стор. 4-14

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2007
© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2007
© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2007
Все права защищены. Перепечатка материалов либо их частей в любом виде без письменного согласия держателя авторских прав будет преследоваться в судебном порядке.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2007
© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuro-endoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.
© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp.

All right reserved.

ПЕРШИЙ АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Українська Асоціація Нейрохірургів
Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
Держадміністрація Автономної Республіки Крим
Кримський осередок УАН

Науково-практична конференція нейрохірургів України

«Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань»

АР Крим, м. Коктебель, 27-28 вересня 2007 року

Шановний колего!

Маємо честь запросити Вас взяти участь у науково-практичній конференції нейрохірургів України, присвяченій темі "Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань", яка відбудеться 27-28 вересня 2007 року в місті Коктебель.

26.09.2007 р.
Заїзд учасників.
Урочисте відкриття конференції.
Розширений Пленум Правління УАН.

27.09.2007 р.
Пленарні засідання.

28.09.2007 р.
Секційні засідання.

Напрямки наукової програми та куратори

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування:

- *з приводу нейротравми* — Педаченко Є.І., Каджая Н.В., Дядечко А.
- *з приводу судинної патології* — Цімейко О.А., Яковенко Л.М., Костюк М.Р.
- *з приводу пухлин головного мозку* — Розуменко В.Д., Трош Р.М., Главацький О.Я.
- *з приводу спінальної патології* — Слинько Є.І., Хижняк М.В., Кущаєв С.В.
- *хворих дитячого віку* — Орлов Ю.О., Вербова Л.М., Кеворков Г.А.
- *в результаті застосування методів функціональної нейрохірургії* — Лапоногов О.О., Костюк К.Р., Медведев Ю.М.
- *з приводу ушкодження нериферичних нервів та больових синдромів* — Цимбалюк В.І., Степаненко І.В., Сапон М.А.

Мова конференції — українська, російська, англійська.

Регламент доповідей

- Програмна доповідь — до 20 хв.
- Доповідь — до 10 хв.
- Обговорення доповідей — до 5 хв.
- Корпоративна інформація — до 10 хв.

Презентація стендових доповідей відбудеться між пленарними засіданнями.

До послуг доповідачів: мультимедійний проектор, графопроектор (кодоскоп), відеомагнітофон, слайдпроектор.

Реєстраційний внесок

Внесок становить для членів УАН — 400 грн. ($80), для решти учасників — 500 грн. ($100) і включає участь у наукових сесіях, публікацію програми та матеріалів конференції, сертифікат участі, іменний бейдж, портфель учасника, кава і обіди, фуршет-відкриття, фуршет-закриття, транспортні та витрати на культурну програму, екскурсії, бронювання житла.

Реєстраційні внески сплачуватимуться безпосередньо при реєстрації або можуть бути перераховані на банківський рахунок, який буде вказаний в наступному повідомленні.

Товариська вечеря — 100 грн. ($20).

Адреса оргкомітету

Крим:
Касьянов Валерій Олександрович
головний нейрохірург Автономної Республіки Крим
Сімферопольська Республіканська клінічна лікарня ім. Семашка
вул. Київська, 22, Сімферополь, АР Крим, 95017
Тел.: (+8 380 652) 24-74-24,
факс: (+8 380 652) 25-81-28,
E-mail: *kasyanovv@ukr.net*

Київ:
ст. наук. співроб.
Сапон Микола Анатолійович
зав. науково-організаційним відділом Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України
вул. Мануїльського, 32, Київ, 04050
Тел.: (+8 380 44) 483-91-98,
факс: (+8 380 44) 483-95-73,
E-mail: *sapon@neuro.kiev.ua*

Публікація тез

Тези приймаються тільки в електронному вигляді в текстовому редакторі Word.

Таблиці, формули та графічні рисунки до публікації не приймаються.

Обсяг тез — не більше 2 тис. знаків.

Порядок оформлення:

- назва тез; — прізвища та ініціали авторів; — організація, місто, поштовий індекс;
- адреса організації; — контактний телефон, E-mail; — текст тез.

Структура тез:
Мета. — Матеріали та методи. — Результати та їх обговорення. — Висновки.

Тези надсилати до 1 червня 2007 р. в редакцію "Українського нейрохірургічного журналу" за адресою: *sapon@neuro.kiev.ua*.
Довідки: тел. (044) 483-91-98.

Матеріали конференції будуть опубліковані в "Українському нейрохірургічному журналі".

Тези не будуть прийняті до публікації, якщо: надіслані факсом; не відповідають тематиці конференції; оформлені з порушенням вимог.

З повагою, організаційний комітет

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2007) Vol. 11; 1: 4-14

ВЕНТРИКУЛОСТОМИЯ И ВЕНТРИКУЛОСКОПИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА — АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 53 ПАЦИЕНТОВ

Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного Военного Клинического Госпиталя МО Украины, Киев

Ventriculostomy and Ventriculoscopy in 53 Patients — Operative Procedures and Results

A.A. Danchin

Clinic of Neurosurgery and Neurology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: December 25, 2006
Accepted: February 2, 2007

Адреса для кореспонденції:
Клініка нейрохірургії та неврології
Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

Endoscopic procedures of ventricular system are minimally invasive techniques that we used in 53 patients with different ventricular pathology. All patients had occlusive hydrocephalus caused by tumors of brain stamp.

In 27 patients we performed endoscopic third ventriculostomy (ETV).

In 11 cases we performed endoscopic biopsy of tumors of third ventricle with ventriculo-peritoneal shunting (VPS).

In 15 patients with tumors of cerebellum and pont we used VPS and endoscopic third ventriculoscopy as pre-shunting procedure. So, we observed pathological changes of ventricular anatomy. For that patients ETV was impossible.

In all patients we observed clinical and MRI improvement after operations without postoperative complications.

So, ETV and endoscopic third ventriculoscopy allow to safely relies liquor occlusion, perform diagnostics biopsy, and combine them with VPS.

Key words: endoscopic third ventriculostomy, ventriculoscopy.

Введение

Эндоскопические операции на желудочках большого мозга получили за последние 15 лет широкое распространение в нейрохирургических стационарах, и стали выполняться в повседневной практике при различных патологических состояниях [5, 8-12, 18]. В Украине, по данным литературы, первая успешная эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка по поводу окклюзионной гидроцефалии была выполнена в январе 2000 года [1]. Данные вмешательства относятся к минимально инвазивным эндоскопическим операциям, так как осуществляются через одно трефинационное отверстие, а все интравентрикулярные манипуляции выполняются микроинструментами через рабочий канал эндоскопа [5, 7].

Вентрикулоскопия — эндоскопический осмотр бокового и третьего желудочков, как оперативное вмешательство, выполняется при коллоидных кистах третьего желудочка, новообразованиях среднего мозга, пинеальной области [4, 5, 9, 15]. При этом основная цель операции — взятие биопсийного материала и при возможности парциальное или субтотальное удаление новообразования III желудочка. При невозможности подхода к дну третьего желудочка и сохраняющейся окклюзии ликворных путей на уровне среднего мозга и стволовых структур, операция обычно завершается установкой вентрикулоперитонеального шунта с последующей лучевой терапией области новообразования.

Вентрикулостомия или как ее еще называют — *вентрикулоцистерностомия* дна третьего желудочка, включает в себя осмотр бокового и III желудочка, но ее цель — перфорация терминальной пластинки дна III желудочка у больных с окклюзионной и идиопатической гидроцефалией для формирования сброса ликвора в межножковую цистерну, и последующей резорбцией ликвора пахионовыми грануляциями субарахноидальных пространств головного мозга [6, 8, 9-11].

В настоящее время вопрос о целесообразности выполнения вентрикулостомии дна III желудочка при иноперабельных новообразованиях ствола мозга с окклюзионной гидроцефалией как альтернативе вентрикулоперитонеальному шунтированию остается открытым [9]. В доступной нам отечественной литературе мы не встретили работ, посвященных именно эндоскопическим операциям на желудочках головного мозга.

Целью нашего исследования является анализ эндоскопических оперативных вмешательств на желудочковой системе головного мозга, включая различные технические особенности проведения вентрикулостомии дна третьего желудочка, сопоставление данных инспекции желудочковой системы при вентрикулоскопии с МРТ исследованиями, определение объема планируемых оперативных вмешательств для улучшения результатов лечения больных с патологией желудочковой системы.

Материалы и методы

В нейрохирургическом отделении клиники нейрохирургии и неврологии Главного Военного Клинического госпиталя МО Украины находилось 53 больных, которым проводились оперативные вмешательства на желудочковой системе головного мозга.

Средний возраст пациентов составил 35 года, в наблюдениях превалировали мужчины — 34 (64%), женщин было 19 (36%).

Всем пациентам проводился общеклинический и неврологический осмотр, КТ и МРТ головного мозга. 28 пациентам исследования были дополнены МРТ ангиографией. Данные о видах исследовавшейся патологии желудочковой системы представлены в таблице 1.

Техническое оснащение

Для проведения эндоскопических манипуляций мы использовали:

- жесткий торцевой вентрикулоскоп "Karl Storz" с наружным диаметром тубуса 4,0 мм, длиной 180 мм;
- жесткий торцевой вентрикулоскоп "Karl Storz" с наружным диаметром 2,0 мм, длиной 220 мм;
- камера и осветитель "Zimmer";
- системы цифровой визуализирующей записи "Sony";
- нейроэндоскопические микроинструменты для работы через рабочий канал вентрикулоскопа — монополярный электрод, микрощипцы для проведения биопсии.

Таблица 1. *Виды патологии желудочковой системы головного мозга и обьемы хирургических вмешательств*

Патология	Объем хирургического вмешательства (n=53)			
	Эндоскопическая перфорация дна 3 желудочка	Эндоскопическая инспекция + вентрикуло-перитонеальное шунтирование	Эндоскопическая перфорация дна 3 желудочка + вентрикуло-перитонеальное шунтирование	Эндоскопическая биопсия + вентрикуло-перитонеальное шунтирование
Опухоли ствола мозга и IV желудочка с развитием окклюзионной гидроцефалии (n=27)	26		1	
Опухоли III желудочка (n=11)				11
Опухоли основания средней и задней черепной ямки с развитием окклюзионной гидроцефалии (n=15)		15		

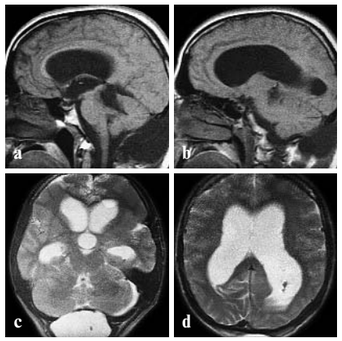


Рис. 1 (a-d). МРТ пациента Ш., 32 лет — гидроцефалия боковых и третьего желудочков как следствие дисфункции вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену и сохраняющейся окклюзии на уровне IV желудочка после субтотального удаления астроцитомы задней черепной ямки.

Рис. 2. Эндоскопическая визуализация отверстия Монро, *medial septal vien, choroids plexus,* таламостриальной вены.

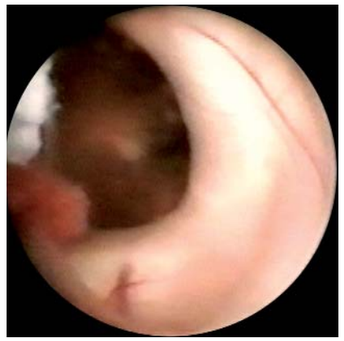


Рис. 3. Отверстие Монро и *fornix.*

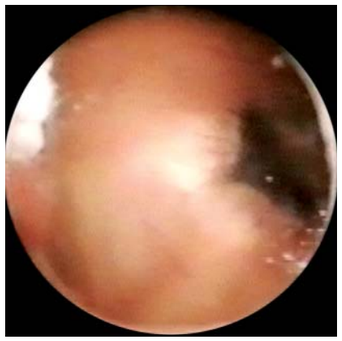


Рис. 4. Вентрикулоскопия каудального отдела дна третьего желудочка.

Рис. 5. Вентрикулоскопия мамиллярных тел, терминальной пластинки, инфундибулярного кармана, *chiasma opticus* — передние отделы дна третьего желудочка.

Рис. 6. Моноэлектрод направляется в передние отделы терминальной пластинки — область предполагаемой эндоскопической перфорации дна третьего желудочка.

Хирургическое лечение

У всех 53 больных выполнялся эндоскопический подход к боковому и третьему желудочкам из стандартного доступа в правом полушарии головного мозга, детально описанного рядом авторов и нами ранее [1, 5, 9]. После введения в боковой желудочек вентрикулоскопа на экране монитора визуализировалось отверстие Монро, *medial septal vien, choroids plexus, fornix*, таламостриальная вена.

Эндоскопическая визуализация дна третьего желудочка после прохождения отверстия Монро позволяла оценить его структуры — мамиллярные тела, инфундибулярный карман, терминальную пластинку, *tuber cinereum, chiasma opticus.* Характеристика объемов оперативных вмешательств представлена в таблице 1.

У 27 пациентов наблюдалась окклюзионная гидроцефалия, причиной которой стали новообразования задней черепной ямки и IV желудочка с прорастанием стволовых структур головного мозга. Этой группе больных была выполнена эндоскопическая перфорация дна III желудочка.

У 11 больных наблюдались иноперабельные опухоли III желудочка, прораставшие мозолистое тело, и вызывавшие гидроцефальный синдром боковых желудочков с их полным разобщением. Этим больным была выполнена эндоскопическая биопсия опухолей с последующим вентрикулоперитонеальным шунтированием.

Неверифицированные опухоли основания средней и задней черепных ямок с прорастанием дна III желудочка и развитием окклюзии ликворопроводящих путей на уровне IV желудочка наблюдались у 15 больных. В указанных случаях больным выполнялась эндоскопическая инспекция боковых и третьего желудочков и вентрикулоперитонеальное шунтирование.

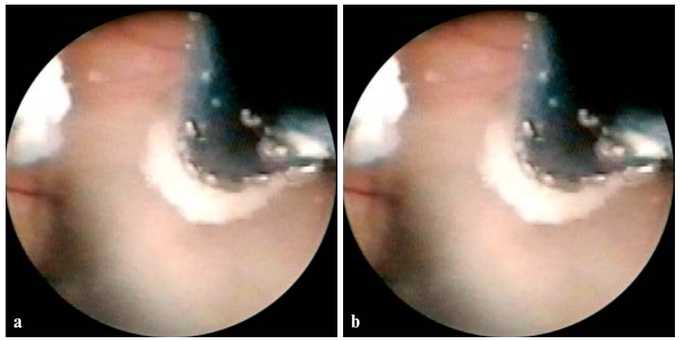


Рис. 7 (a, b). Этапы последовательной коагуляции терминальной пластинки моноэлектродом.

Рис. 8. Сформирована стома в дне третьего желудочка диаметром 5 мм, визуализируется точечное краевое кровоизлияние терминальной пластинки в области стомы.

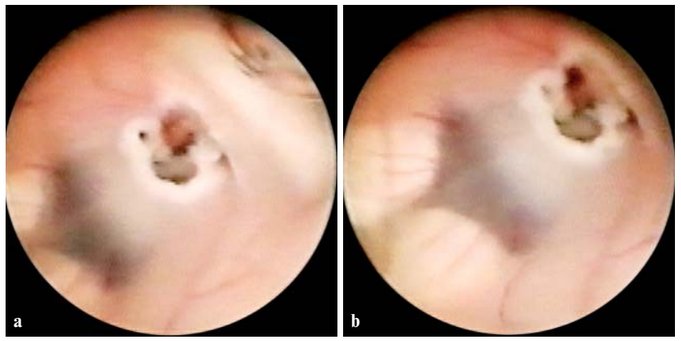


Рис. 9 (a, b). После промывания полости третьего желудочка физиологическим раствором (через боковые клапаны вентрикулоскопа) краевое кровотечение остановлено:

a — общий вид передних отделов третьего желудочка после перфорации дна;
b — локальный осмотр области мамиллярных тел, инфундибулярной воронки, стомы и терминальной пластинки.

Рис. 10. Эндоскопический осмотр межножковой цистерны, препятствий для тока ликвора из третьего желудочка в базальные субарахноидальные пространства нет.

Результаты

Эндоскопическая перфорация дна III желудочка

Данная операция была выполнена без осложнений у всех 27 больных. В послеоперационном периоде явления гидроцефалии у всех 27 пациентов значительно регрессировали.

Клиническое наблюдение 1

Пациент Ш., 32 лет, поступил в клинику после субтотально удаленной астроцитомы задней черепной ямки и вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену, для проведения гамма-терапии. Пациент был оперирован в одной из нейрохирургических клиник Украины и переведен в нашу клинику на 14 сутки после операции. Однако перед проведением лучевой терапии у больного наросла общая слабость, больной стал вял, перестал себы обслуживать. Возникли нарушения глотания по типу поперхивания. При контрольном МРТ исследовании была отмечена отрицательная динамика в виде нарастания гидроцефалии боковых и третьего желудочков (рис. 1).

Учитывая дисфункцию шунтов по Торкильдсену, установленных пациенту ранее, и сохраняющуюся окклюзию ликворопроводящих путей на уровне Сильвиева водопровода и IV желудочка, больному в нашей клинике была проведена одномоментная комбинированная операция — эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка (рис. 2-10) и вентрикулоперитонеальное шунтирование.

В послеоперационном периоде явления гидроцефалии регрессировали, что подтверждалось клиническими и МРТ данными (рис. 11). Больной стал активен, самостоятельно ходил, себя обслуживал. Послеоперационный период протекал без осложнений. При проведении диагностической люмбальной пункции ликворное давление составило 160 мм водного столба, ликвородинамические пробы показали полную проходимость цереброспинальной

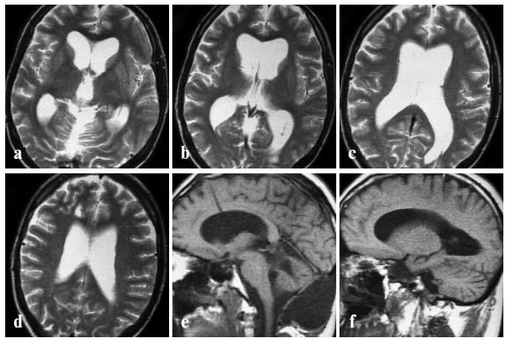
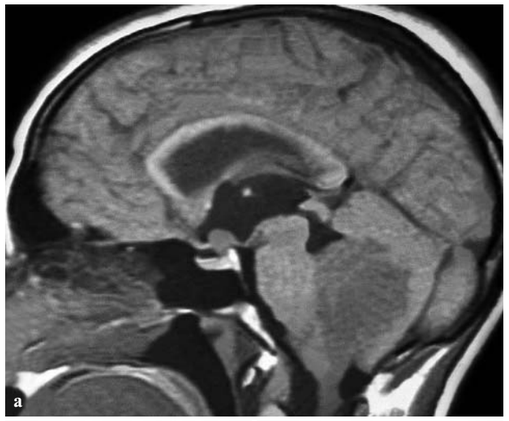


Рис. 11 (a-f). МРТ контроль пациента Ш.: явления гидроцефалии боковых и третьего желудочков регрессировали.



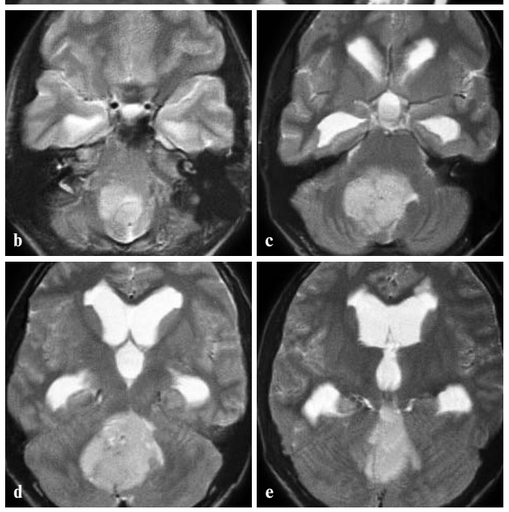


Рис. 12 (a-e). МРТ головного мозга пациентки В. — новообразование мозжечка и IV желудочка, размером 4×5 см, окклюзионная гидроцефалия.

жидкости в интракраниальных и интраспинальных субарахноидальных пространствах. На 15 сутки начат курс лучевой терапии 30 Гр, который больной перенес удовлетворительно.

Эндоскопическая биопсия опухолей третьего желудочка

У всех 11 пациентов эндоскопическая биопсия не представляла технических трудностей выполнения. Полная визуализация этой манипуляции позволяет ее проводить безопасно для самого пациента. Мы выполняли биопсийный забор ткани опухоли после ее эндоскопической коагуляции — через рабочий канал вентрикулоскопа эндоскопическими микрощипцами захватывался участок новообразования, ранее коагулированный моноэлектродом.

У 6 больных диагностированы медуллобластомы. У 3 больных — эпендимомы III желудочка. У 2 больных — эпендимобластомы среднего мозга.

Осложнений при выполнении эндоскопической биопсии опухолей третьего желудочка не наблюдалось. Незначительные кровотечения из ткани новообразований успешно поддавались коагуляции моноэлектродом, а также промыванием полости желудочков физиологическим раствором через боковые клапаны вентрикулоскопа.

В одном наблюдении при вентрикулоскопии третьего желудочка у пациентки с основным диагнозом — неоперабельное новообразование IV желудочка, выявлена эпендимома третьего желудочка, не визуализировавшаяся при МРТ исследовании, что повлияло на объем и тактику лечения больной.

Клиническое наблюдение 2

Больная В., 19 лет, поступила в нашу клинику по поводу новообразования IV желудочка и червя мозжечка с развитием окклюзионной гидроцефалии. На МРТ головного мозга выявлена опухоль мозжечка и IV желудочка, размером 4×5 см (рис. 12).

Интраоперационно через фронто-сагиттальный доступ справа после эндоскопической визуализации отверстия Монро в III желудочке обнаружена опухоль округлой формы, розоватого цвета, мягкой консистенции, нижний полюс которой занимал дно III желудочка от мамиллярных тел и далее кпереди (рис. 13). Проведена эндоскопическая биопсия опухоли (рис. 14-20) и двухстороннее вентрикулоперитонеальное шунтирование.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Данные гистологии — анапластическая эпендимома. Больной проведен курс гамма-терапии на область III и IV желудочков. Больная стала активна, головная боль, головокружение, рвота регрессировали. Контрольная МРТ показала положительную динамику в виде уменьшения гидроцефалии боковых и третьего желудочков (рис. 21).

Рис. 13 (a, b). Этапы эндоскопической визуализации отверстия Монро и III желудочка (a). В III желудочке визуализируется опухоль округлой формы, розоватого цвета, мягкой консистенции, нижний полюс которой занимает дно III желудочка от мамиллярных тел и далее кпереди (b).

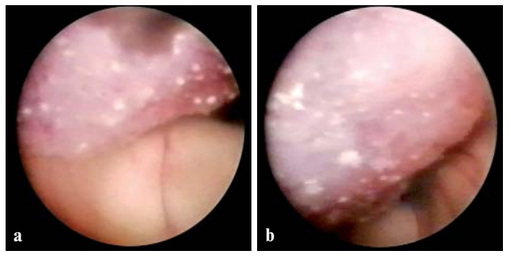


Рис. 14 (a, b). Эндоскопический осмотр опухоли III желудочка.

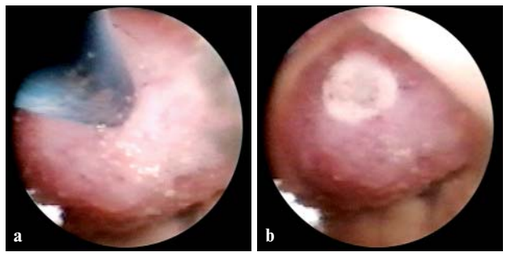


Рис. 15 (a, b). Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — коагуляция поверхности опухоли моноэлектродом.

Эндоскопическая инспекция боковых и третьего желудочков

Данные оперативные вмешательства у всех 15 больных завершались установкой вентрикулоперитонеального шунта через передний рог правого бокового желудочка. Однако первоначальная эндоскопическая инспекция правого бокового и третьего желудочков позволила получить более детализированные данные об анатомии дна III желудочка при прорастании его новообразованиями.

Так, нами была выявлена у всех 15 пациентов деформация мамиллярных тел в виде их смещения кпереди с патологическими новообразованными сосудами, утолщение и уплотнение терминальной пластинки с наличием патологических сосудов, деформация инфундибулярного кармана в виде его уплощения.

Клиническое наблюдение 3

Пациент К., 32 лет, поступил в нашу клинику с диагнозом: неверифицированная опухоль левого мостомозжечкового угла, левой ножки мозга, Варолиева моста, подтвержденную клиническими и нейровизуализирующими методами (рис. 22).

Учитывая иноперабельность новообразования, больному выполнено паллиативное оперативное вмешательство — вентрикулоперитонеальное шунтирование через передний рог правого бокового желудочка, первым этапом которого был эндоскопический осмотр правого бокового и третьего желудочков.

Из стандартного доступа для постановки вентрикулоперитонеального шунта проведен эндоскопический доступ к боковому желудочку. Вентрикулоскопом визуализировано отверстие Монро, дно третьего желудочка — мамиллярные тела значительно смещены кпереди и увеличены. Терминальная пластинка и инфундибулярная воронка практически не дифференцируются. Дно III желудочка имеет выраженный сосудистый рисунок (рис. 23-25). Таким образом, полученные данные свидетельствовали об инфильтративном росте новообразования в дно III желудочка, однако наличие выраженной сосудистой сети дна III желудочка не позволило провести биопсию новообразования. Вентрикулоскоп извлечен, больному установлен вентрикулоперитонеальный шунт.

В послеоперационном периоде осложнений не было. Явления окклюзионной гидроцефалии уменьшились. Больному проведен курс гамма-терапии на область новообразования в дозе 60 Грей. В удовлетворительном состоянии больной выписан из отделения.

Обсуждение

Технические возможности, ограничения и интраоперационные осложнения

Выбор нейроэндоскопа для оперативного вмешательства на желудочковой системе является не только приоритетом индивидуального предпочтения нейрохирурга, но и зависит от цели вмешательства и задач, стоящих перед выполнением последнего. Вентрикулярные эндоскопические операции выполняются как гибкими, так и жесткими нейроэндоскопами. При этом жесткий нейроэндоскоп называют "вентрикулоскоп", а гибкий нейроэндоскоп — "фиброскоп". Фиброскоп состоит из светопроводящих волокон, число которых строго лимитировано. Вентрикулоскоп состоит из системы воздушных линз. Оба вида этих эндоскопов имеют рабочий канал для микроинструментов.

Рис. 16. Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — микрощипцами проводится захват фрагмента опухоли.

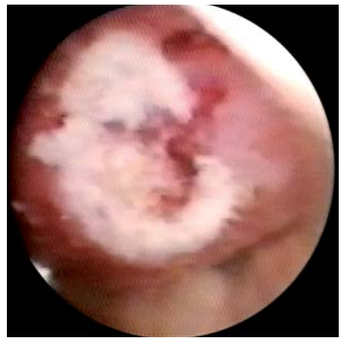


Рис. 17. Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — вид поверхности опухоли после взятия фрагмента ее ткани.

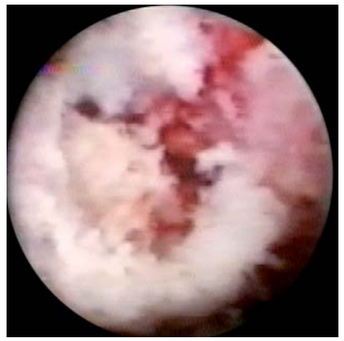


Рис. 18. Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — незначительное поверхностное кровотечение.

Рис. 19. Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — коагуляция участка микрокровотечения.

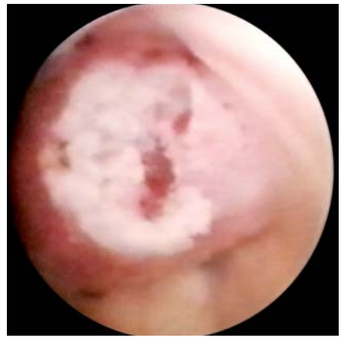


Рис. 20. Эндоскопическая биопсия опухоли III желудочка — окончательный вид после биопсии и гемостаза.

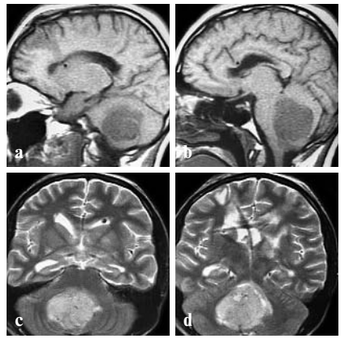


Рис. 21 (a-d). МРТ в послеоперационном периоде пациентки В. — явления окклюзионной гидроцефалии регрессировали.

Оптические данные жесткого вентрикулоскопа гораздо выше фиброскопа, но последним можно маневрировать. Сравнительные преимущества и недостатки обоих видов эндоскопов в 1995 году привел Grotenhuis J.A., который предпочитал маневренность качеству изображения [9].

В тоже время жесткие или так называемые ригидные линзовые вентрикулоскопы системы Hopkins I и Hopkins II из года в год совершенствуются и модифицируются дополнительными рабочими каналами, системами ирригации и трехмерностью интраоперационного изображения — *3D Endoscopy* [7, 12].

Перфорация дна третьего желудочка

Выполнение непосредственно перфорации терминальной пластинки предлагается в литературе различными методами. Все их можно разделить на две группы:

1. дозированная коагуляция с образованием стомы;
2. механический разрыв микроинструментом.

Hellwig D. и соавторы, приводя анализ лечения 22 больных с окклюзионной гидроцефалией, успешно использовали биполярный микроэлектрод, после коагуляции которым стома в терминальной пластинке расширялась катетером Фогарти или катетером с двумя баллонами. Процедура завершалась вентрикулоцистернографией — через рабочий канал фиброскопа в третий желудочек вводился контраст, который проходил через стому в межножковую цистерну, что регистрировалось серийными рентген-снимками [10].

Manwaring K. предпочитает лазерную коагуляцию истонченного дна третьего желудочка [11].

Механическое протыкание терминальной пластинки выполняется торцевым концом жесткого эндоскопа, микродиссектором, концом баллон-катетера [9, 18].

На наш взгляд, механический разрыв терминальной пластинки является несколько жесткой методикой. Под

давлением микроинструмента, прежде чем прорваться, истонченное дно растягивается в сторону межножковой цистерны, и подобные действия чреваты развитием тяжелый осложнений — кровотечениями, гипоталамическими расстройствами [18].

Мы предпочитаем выполнять перфорацию монополярным электродом, преимуществами которого является:

1. отсутствие механического растяжения дна третьего желудочка;
2. минимальная механическая деформация дна третьего желудочка;
3. одномоментная точечная коагуляция микрососудов — отсутствие кровотечений;
4. контроль размеров формируемой стомы;
5. минимизация риска попадания микроинструмента за пределы видимости — в межножковую цистерну.

В некоторых случаях, после коагуляции терминальной пластинки мы выполняем расширение стомы катетером Фогарти, однако чаще мягкий конец катетера проводится в межножковую цистерну для контроля полноты выполнения перфорации, это позволяет не проводить рентгенконтрастных контрольных методик, таких как вентрикулоцистернография (рис. 26-30). Пульсация края стомы с током ликвора в обоих направлениях является так же четким критерием успешного проведения перфорации.

Эндоскопическая биопсия опухолей третьего желудочка

Вентрикулярная эндоскопия — единственная визуализирующая минимально инвазивная методика, позволяющая проводить биопсию иноперабельных новообразований желудочковой системы. Получаемые при этом интраоперационные данные дают более полную информацию о патологической анатомии этих образований.

Техника проведения биопсии вариабельна. Так, Auer L.M. предпочитает выполнять лазерную коагуляцию поверхности видимой части опухоли, а затем — биопсию микрощипцами [4].

Grotenhuis J.A. рекомендует внимательно и максимально широко осмотреть опухоль для оценки ее распространенности и инвазивности, после чего провести биопсию ткани микрощипцами, либо пункционной иглой. Автор предлагает возникающее после биопсии кровотечение останавливать постоянным проточным промыванием полости желудочка физиологическим раствором [9].

Основная масса исследователей сходится в том, что полностью удалить опухоли третьего желудочка с восстановлением ликвороттока технически невозможно. Поэтому вентрикулоперитонеальное шунтирование имеет первостепенное значение в устранении явлений окклюзионной гидроцефалии [9].

Среди возможных интраоперационных осложнений самым серьезным является кровотечение, интенсивность которого варьирует. Незначительные кровотечения можно остановить, коагулируя поврежденный микрососуд, либо длительно промывая желудочек изотоническим физиологическим раствором NaCl 0,9%. Для остановки артериального

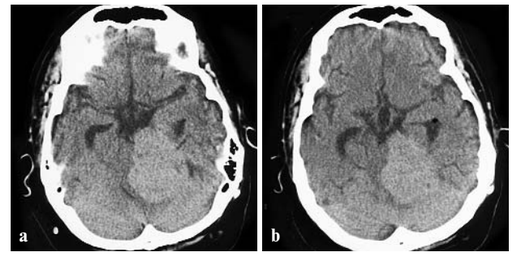


Рис. 22 (a, b). КТ пациента К. — опухоль левого мостомозжечкового угла и среднего мозга, размерами 8×4×5 см, с выраженным масс-эффектом, вторичная окклюзионная гидроцефалия.

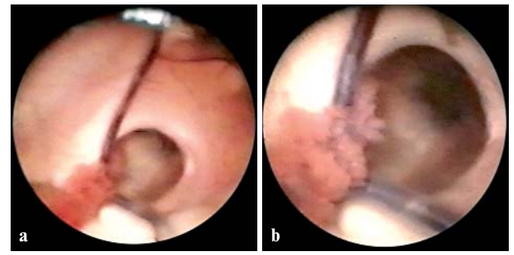


Рис. 23 (a, b). Вентрикулоскопом визуализировано отверстие Монро, *medial septal vien, choroids plexus*, таламостриальная вена (a); основные ориентиры межжелудочкового отверстия при близком рассмотрении (b).

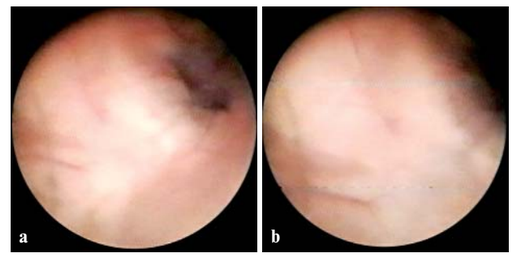


Рис. 24 (a, b). Вентрикулоскопия дна третьего желудочка — мамиллярные тела значительно смещены кпереди и увеличены, определяется выраженный сосудистый рисунок.

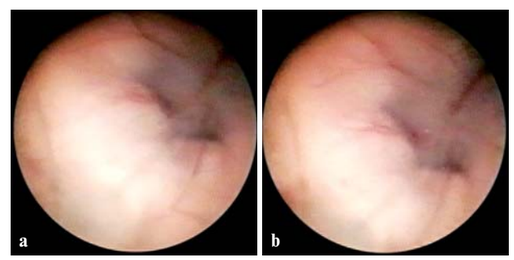


Рис. 25 (a, b). Вентрикулоскопия дна третьего желудочка — терминальная пластинка, инфундибулярная воронка практически не дифференцируются.

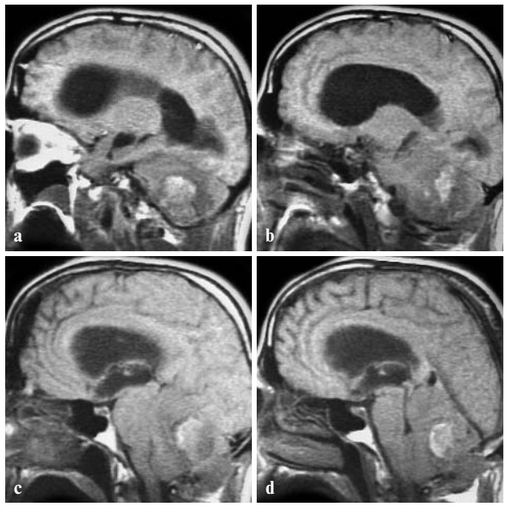


Рис. 26 (a-d). МРТ пациента Б. — окклюзионная гидроцефалия после удаления двух метастазов мозжечка, по поводу чего больному выполнена эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка (см. рис. 27-29).

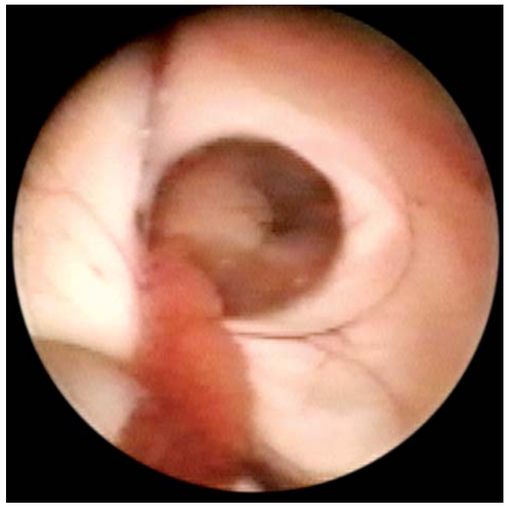


Рис. 27. Эндоскопический осмотр бокового желудочка — отверстие Монро, *medial septal vien, choroids plexus*, таламостриальная вена.

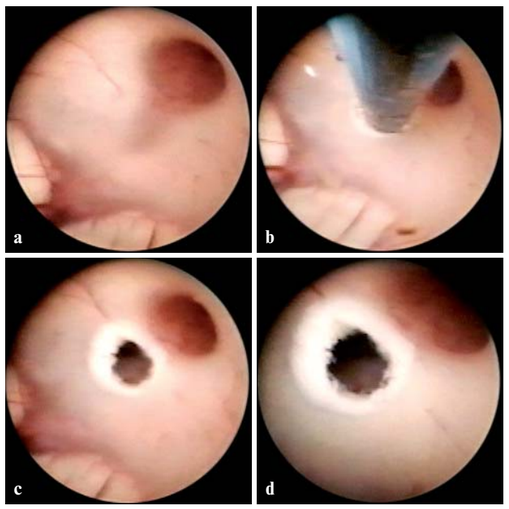


Рис. 28 (a-d). Дно третьего желудочка — этапы первичной коагуляции моноэлектродом терминальной пластинки.

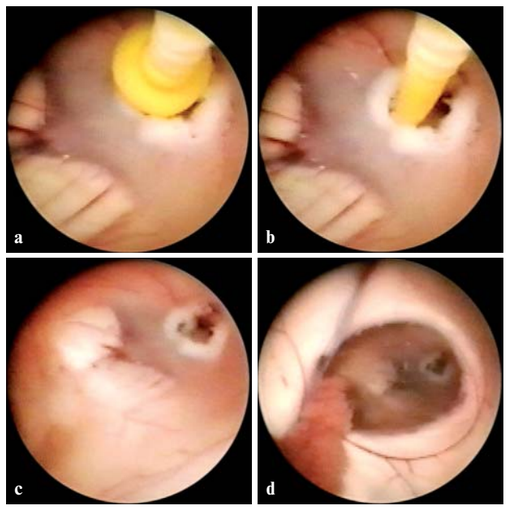


Рис. 29 (a-d). Этап расширения стомы баллон-катетером Фогарти (a). Вентрикулоцистерностомия выполнена — кончик баллон-катетера свободно проходит в межножковую цистерну (b), определяется пульсация края стомы (c), общий вид отверстия Монро и III желудочка после перфорации (d).

кровотечения необходима экстренная краниотомия [15]. В наших наблюдениях подобных осложнений не наблюдалось.

Обратимые интраоперационные осложнения — перерастяжение желудочков. Даже незначительное избыточное нагнетание в них физиологического раствора приводит к брадикардии, которая прекращается после нормализации давления в желудочках. Это происходит в основном, если вентрикулоскоп полностью перекрывает отверстие Монро, в случае небольшого диаметра последнего. Мы столкнулись с подобной технической трудностью в одном наблюдении. Ирригация желудочка была сразу же прекращена и помимо ранее открытого канала для оттока жидкости, был открыт рабочий канал для максимально быстрого истечения избыточной жидкости — ритм сердечной деятельности нормализовался, каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не было.

Эндоскопическая инспекция боковых и третьего желудочков

При иноперабельных новообразованиях среднего мозга и стволовых структур с окклюзией ликворных путей первостепенное значение имеют ликворошунтирующие операции для создания нового оттока цереброспинальной жидкости. В 1952 году Nulsen F.E. и Spitz E.B. первыми предложили устанавливать ликворный шунт из бокового желудочка в яремную вену [14]. И в настоящее время подобные операции остаются операциями выбора в хирургии гидроцефалий, так как перфорация дна третьего желудочка невозможна ввиду прорастания новообразованиями среднего мозга и деформации желудочковой системы.

В то же время, после появления высокоинформативных неинвазивных нейровизуализирующих диагностических методов — компьютерной и магнитно-резонансной томографии, внедрения эндоскопических вентрикулярных вмешательств, появилась возможность сопоставления получаемых данных, изучения реальной патологической анатомии желудочковой системы.

Изучению эндоскопической анатомии в литературе посвящено достаточно много исследований. Еще в 1994 году две независимые группы нейрохирургов из Марбургского университета (Германия) и университетов Майнца (Германия) и Вены (Австрия) представили работы по данной тематике на основе секционного материала. Ими была изучена нормальная анатомия боковых и третьего желудочка, особенности эндоскопического изображения и его отличия от стандартного микрохирургического обзора [16, 17]. Аналогичные исследования на секционном материале, затронувшие как нормальную, так и патологическую анатомию желудочковой системы при различных новообразованиях третьего и боковых желудочков мозга, проводились отечественными исследователями [3].

Исходя из нашего клинического опыта, эндоскопическая инспекция желудочков большого мозга перед установкой вентрикулярного шунта не вызывает технических затруднений, но позволяет визуализировать патологические образования без каких-либо осложнений для пациента. Через доступ в точке Кохера (преимущественно справа) мы вводили в боковой желудочек вентрикулоскоп, диаметр которого чуть больше диаметра вентрикулярного конца пластикового шунта. Таким образом, травматизация мозгового вещества была минимальная. После эндоскопической инспекции и изучения анатомо-топографических данных вентрикулоскоп извлекался и выполнялось наложение стандартного вентрикулоперитонеального шунта различного давления.

Результаты оперативных вмешательств, послеоперационные осложнения и исходы

Перфорация дна третьего желудочка

Наличие у пациента окклюзионной гидроцефалии является показанием к проведению разгрузочной ликворошунтирующей операции либо эндоскопической перфорации дна третьего желудочка. Принципиальная концепция устранения интравентрикулярной окклюзии путем наложения стомы в дне третьего желудочка была предложена еще в начале XX века [6, 13]. К середине 90-х годов XX века эта операция получила широкое распространение благодаря так называемой "технический революции" — развитию эндоскопических и малоинвазивных технологий в нейрохирургии [9, 10, 15, 18].

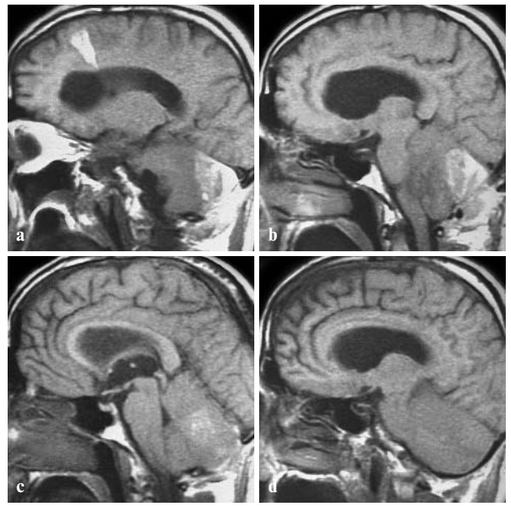


Рис. 30 (a-d). МРТ пациента Б. после выполнения вентрикулостомии III желудочка — явления окклюзионной гидроцефалии значительно регрессировали.

В настоящее время выбор метода оперативного вмешательства зависит не только от технического оснащения операционной, важную роль имеют данные клиники, МРТ и КТ, анамнез развития заболевания, степень риска возникновения послеоперационных осложнений и т.п. Большинство исследователей полагает, что эндоскопическая вентрикулостомия является операцией предпочтения, так как это патогенетически обоснованная и безопасная в техническом исполнении процедура, и показаниями к ее проведению является не только окклюзия на уровне Сильвиева водопровода [8-11].

Grotenhuis J.A. в 1995 году показал, что проведение эндоскопической вентрикулостомии при новообразованиях задней черепной ямки приводит к разгрузке гидроцефальной желудочковой системы, являясь эффективной операцией, не требуя наложения вентрикулоперитонеального или иного шунта [9].

Анализ осложнений при сравнении шунтирующих и эндоскопических вмешательств показывает, что инфекционные осложнения при шунтирующих вмешательствах являются наиболее тяжелыми, летальность при которых достигает 40% [19]. А различные дисфункции шунта требуют его ревизии [9-11].

В наших наблюдениях у всех 27 пациентов эндоскопическая вентрикулостомия привела к клиническому улучшению и не имела послеоперационных осложнений. У одного пациента эта операция была дополнена вентрикулоперитоне-

альным шунтированием ввиду предупреждения возможного развития гиперсекреции ликвора, при которой сброс цереброспинальной жидкости из желудочков в субарахноидальные пространства не приводит к ее адекватной резорбции.

Эндоскопическая биопсия опухолей третьего желудочка

По данным литературы, эндоскопическое проведение этих исследований постепенно вытесняет стереотаксическую биопсию, получая больше визуальной информации и точнее проводя забор материала [5]. В тоже время, результаты проведенных нами вентрикулярных биопсий у 11 пациентов показывают, что тотальное удаление новообразований третьего желудочка невозможно без интраоперационной травматизации нормальных анатомических структур головного мозга. Ценность вентрикулоскопии и биопсии заключается в возможности диагностики опухолей третьего желудочка, которые не определяются при МРТ и КТ исследованиях. Подобные интраоперационные находки позволяют установить окончательный клинический диагноз и выбрать наиболее оптимальную тактику комплексного лечения данной патологии, что и было успешно выполнено в представленном нами клиническом наблюдении.

Эндоскопическая инспекция
боковых и третьего желудочков

Данные вентрикулоскопии у 15 пациентов с новообразованиями ствола и среднего мозга и окклюзионной гидроцефалией не повлияли на исходы лечения — вентрикулоскопия имела исключительно диагностическую ценность. Полученные интраоперационные анатомо-топографические данные показали, что новообразования среднего мозга и стволовых структур приводят к деформации третьего желудочка, смещению мамиллярных тел кпереди, с уменьшением размера терминальной пластинки, что совпадает с данными Коновалова А.Н. и соавт. [2]. Прогностическим факторами в данных наблюдениях являлись — стадия диагностики заболевания, размеры, распространенность и степень инвазии новообразований в ствол и средний мозг, гистоструктура новообразования, эффективность работы вентрикулоперитонеального шунта и эффективность воздействия гамма-терапии на новообразование.

Заключение

Вентрикулоскопия желудочков большого мозга и вентрикулостомия дна третьего желудочка являются минимально инвазивными и эффективными оперативными вмешательствами.

Наш опыт показывает, что эти операции позволяют безопасно устранять ликворообклюзию на уровне Сильвиева водопровода, IV желудочка и задней черепной ямки, проводить диагностическую биопсию новообразований, в том числе тех, которые не визуализируются на МРТ, оценивать анатомо-топографические взаимоотношения структур вентрикулярной системы при ее деформации иноперабельными новообразованиями.

Литература

1. Данчин А.Г., Данчин А.А., Левитская Е.В., Хрипунов А.Н. (2000) Опыт применения эндоскопической перфорации дна третьего желудочка в лечении окклюзионной гидроцефалии. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. Vol. 4; 4: 18-23
2. Коновалов А.Н., Блинков С.М., Пуцилло М.В. (1990) Атлас нейрохирургической анатомии. (Москва). "Медицина". 336 с.
3. Шамаев М.И., Малышева Т.А. (2000) Микрохирургическая эндоскопическая анатомия желудочковой системы головного мозга. Український нейрохірургічний журнал. 2: 78-84
4. Auer L.M. (1992) Ultrasound stereotaxic endoscopy in neurosurgery. In book: Minimally invasive neurosurgery I. Hellwig D., Bauer B., (ed). Acta Neurochirurgica. (Wien). Springer eds. Suppl. 54: 34-41
5. Bauer B.L., Hellwig D. (1994) Minimally invasive endoscopic surgery — a survey. In book: Minimally invasive neurosurgery II. Hellwig D., Bauer B., (ed). Acta Neurochirurgica. (Wien). Springer eds. Suppl. 61: 1-12
6. Dandy W.E. (1922) An operative procedure for hydrocephalus. Johns Hopkins Hospital Bulletin. 33: 189-190
7. Gaab M.R. (1994) A universal neuroendoscope: development, clinical experience, and perspectives. Childs Nervous System. 10: 481
8. Gandemi M., Maiuri F., Buonamassa S., Colella G., de Divitiis E. (2004) Endoscopic third ventriculostomy in idiopathic normal pressure hydrocephalus. Neurosurgery. 55; 1: 129-134
9. Grotenhuis J.A. (1995) Manual of endoscopic procedures in neurosurgery. (Nijmegen). Uitgeverij Machaon, eds. 155 p.
10. Hellwig D., Heinemann A., Riegel T. (1998) Endoscopic third ventriculostomy in treatment of obstructive hydrocephalus caused by primary aqueductal stenosis. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 66-72
11. Manwaring K. (1992) Endoscopic ventricular fenestration. In book: Neuroendoscopy 1. Manwaring K., Crone K.R., (ed). (New-York). Mary Ann Liebert eds. pp 79
12. Meinhardt M., Riegel T., Hellwig D., Bauer B. (1998) Three-dimensional endoscopy — a useful tool for neuroendoscopy? An anatomical study using MRI and three-dimensional endoscopy. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 37-45
13. Mixter W.J. (1923) Ventriculoscopy and puncture of the floor of the third ventricle. Boston Med. Surg. J. 188: 277-278
14. Nulsen F.E., Spitz E.B. (1952) Treatment of hydrocephalus by direct shunt from ventricle to jugular vien. Surg. Forum. 2: 399-403
15. Oppel F., Hoff H.J., Pannek H.W. (1998) Endoscopy of the ventricular system: indications, operative procedure, and technical aspects. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 98-100
16. Resch K.D.M., Perneczky A., Tschabitscher M., Kindel St. (1994) Endoscopic anatomy of the ventricles. In book: Minimally invasive neurosurgery II. Hellwig D., Bauer B., (ed). Acta Neurochirurgica. (Wien). Springer eds. Suppl. 61: 57-61
17. Riegel T., Hellwig D., Bauer B.L., Mennel H.D. (1994) Endoscopic anatomy of the third ventricle. In book: Minimally invasive neurosurgery II. Hellwig D., Bauer B., (ed). Acta Neurochirurgica. (Wien). Springer eds. Suppl. 61: 54-56
18. Teo C. (1998) Third ventriculostomy in the treatment of hydrocephalus: experience with more than 120 cases. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 73-76
19. Walters B.C., Hoffmann H.J., Hendrick E.B. (1984) Cerebrospinal fluid shunt infection. Influences on initial management and subsequent outcome. J. Neurosurgery. 60: 1014-1021

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2007) Vol. 11; 1: 15-20

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ЖОВЧНО-КАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЮ

Переста Ю.Ю., Мікловда В.П.*, Шніцер Р.І., Ревес В.Ю.[1], Слава С.С.*, Марусанич Б.М.[2], Руснак Я.О., Бондаренко В.М.*, Фречка В.М.[3]**

Кафедра госпітальної хірургії, Ужгородський національний університет, Україна
Кафедра економіки, менеджменту та маркетингу, Ужгородський національний університет, Україна *
Кафедра екстремальної та військової медицини, Ужгородський національний університет, Україна **
Хірургічне відділення #1, Обласна клінічна лікарня, Ужгород, Україна [1]
Санаторій "Поляна", Закарпатська область, Україна [2]
Хірургічне відділення #1 Мукачівської ЦРЛ, Закарпатська область, Україна [3]

Medical and Economical Quality of Life Evaluation in Patients with Cholelithiasis After Laparoscopic Cholecystectomy

Yu.Yu. Peresta, V.P. Miklovda*, R.I. Shnitzer, V.Yu. Reves1, S.S. Slava*, B.M. Marusanych2, Ya.O. Rusnak, V.M. Bondarenko*, V.M. Frechka3**

Chair of Surgery, Uzhgorod National University, Ukraine
Chair of Economics, Management, Markets, Uzhgorod National University, Ukraine *
Chair of Extremely and Military Medicine, Uzhgorod National University, Ukraine **
Surgical Department #1, Regional Hospital, Uzhgorod, Ukraine [1]
Rehabilitation Clinic "Poliana", Poliana, Ukraine [2]
Surgical Department #1, Mykachevo Regional Hospital, Ukraine [3]

Received: November 8, 2006
Accepted: February 2, 2007

Адреса для кореспонденції:
Кафедра госпітальної хірургії,
Ужгородський національний університет
вул. Капушанська, 22, Ужгород, Закарпатська обл.,
88018, Україна
Тел. 8-03126-1-35-70

Summary

At the period from 2001 to 2005 there were executed 728 laparoscopic cholecystectomies in the surgical department of Uzhgorod regional clinical hospital in patients with gallstone disease. The remote results of surgical treatment were investigated in 60 patients among them. Thirty of them underwent postoperative rehabilitation in the "Polyana" sanatorium. In that group good and excellent results (Visik I and Visik II) were noticed in 90.0% of patients. In the rest ones, who did not pass the rehabilitation treatment, Visik I and Visik II were noticed only in 69,9%. Economical effect from rehabilitation treatment in a "Polyana" sanatorium in the group of 30 patients was 24048,- hryvnyas (802,- hryvnyas — estimated to 1 patient).

Key words: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, sanatorium.

Вступ

За останнє двадцятиріччя нова хірургічна тактика — лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) отримала широке використання у всьому світі і стала провідним методом лікування жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ). Її переваги в порівнянні з традиційною холецистектомією беззаперечні, однак по мірі накопичення досвіду виявили, що ЛХЕ має ряд недоліків. В цілому для неї характерні всі типові ускладнення відкритої холецистектомії, а також можливий ряд специфічних ускладнень. Дані літератури відносно час-

тоти ускладнень, якості життя (ЯЖ) пацієнтів після ЛХЕ суперечні [5, 12].

На думку ряду авторів, значимість визначення ЯЖ обумовлена в першу чергу тими обставинами, що далеко не завжди вдається визначити пряму кореляцію між важкістю захворювання і рівнем ЯЖ, який визначається суб'єктивною уявою пацієнта про свої страждання, які можуть супроводжуватися небезпеками і поганими наслідками (реальними або уявними) [6, 8, 9].

Особливе значення методи оцінки ЯЖ набувають у визначенні економічної ефективності різних методів лікування і лікувальних програм [1, 3]. На думку деяких дослідників, економічну ефективність проведеного лікування слід визначати за слідуючими напрямками: "аналіз вартості — ефективності", "вартості — цінності", "вартості — утілітарності" [2, 4].

У вітчизняній і зарубіжній літературі останніх років представлений широкий спектр робіт по вивченню різних модних аспектів проблеми ЯЖ хворих з ЖКХ після оперативних втручань, однак робіт присвячених вивченню ЯЖ та економічному ефекту від післяопераційного реабілітаційного лікування цих хворих ми не виявили [1, 3, 7, 8].

Метою дослідження були аналіз частоти і причин незадовільних результатів, оцінка якості життя пацієнтів у віддалений період після виконання ЛХЕ в залежності від проходження післяопераційного реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна" та визначення економічного ефекту від цього лікування.

Матеріали і методи дослідження

За період з 2001 року по 2005 рік в хірургічній клініці обласної клінічної лікарні м. Ужгорода ЛХЕ виконана у 728 хворих з жовчно-кам'яною хворобою, із них з гострими холециститами у 84 хворих, з хронічними у 644 хворих. Середній вік хворих склав 44.2 2.0 роки. і коливався від 15 до 74 років. У 60 хворих (52 жінок і 8 чоловіків) проведено проспективне дослідження в терміні від 1 до 5 років після виконання ЛХЕ. Цих 60 хворих було розділено на дві групи: I група — 30 хворих, які після оперативного втручання (ЛХЕ) пройшли 24-денний курс реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна"; II група — 30 хворих, які після ЛХЕ не проходили реабілітаційного лікування.

Всім 60 пацієнтам було розіслано анкету, дані якої оцінювали за шкалою Visik [11], модифікована R. Peterli et al. [10] для лапароскопічної холецистектомії: відмінний результат (Visik I) — немає ніяких скарг, повне видужання; добрий (Visik II) — короткочасні болі та диспепсичні синдроми, які проходять самостійно; задовільний (Visik III) — больові і диспепсичні симптоми, що потребують прийому медикаментів, довготривалого лікування, яке приводить до тимчасової втрати непрацездатності; незадовільний (Visik IV) — необхідно тривале стаціонарне або повторне оперативне лікування, яке супроводжується довготривалою непрацездатністю чи інвалідністю пацієнта. При оцінці якості життя пацієнтів враховували 3-и групи факторів: особисте сприйняття, інтенсивність больового і диспептичного синдромів, рівень соціальної адаптації.

Таблиця 1. *Патологічні симптоми у хворих через 1 рік і більше після виконання ЛХЕ (n=60)*

№	Симптоми	I група (n=30)			II група (n=30)		
		Visik II,	Visik III,	Visik IV	Visik II	Visik III	Visik IV
		n=8	n=3	n=0	n=8	n=7	n=2
1.	Болі в череві:	2	3	-	4	6	2
1.1.	Локалізація:	-	-	-	-	-	-
1.1.1.	праве підребіря	1	1	-	2	2	-
1.1.2.	епігастрій	1	2	-	1	2	2
1.1.3.	ліве підребіря	-	-	-	-	-	-
1.1.4.	по всьому череву	-	-	-	1	2	-
1.2.	Продовжуваність:	-	-	-	-	-	-
1.2.1.	короткочасна	2	-	-	3	-	-
1.2.2.	довготривала	-	2	-	1	4	2
1.2.3.	постійна	-	-	-	-	2	-
1.3.	Характер:	-	-	-	-	-	-
1.3.1.	тупі, ниючі	2	-	-	3	4	2
1.3.2.	колікоподібні	-	-	-	1	2	-
2.	Важкість в шлунку після їжі	1	-	-	2	3	-
3.	Нудота	-	-	-	-	-	2
4.	Відрижка	1	1	-	2	2	1
5.	Блювота	-	-	-	-	-	1
6.	Згага	2	-	-	-	1	1
7.	Гіркота в роті	1	1	-	1	2	-
8	Бігунець	-	-	-	-	1	-
9.	Закріпи	2	2	-	2	1	2
10.	Похудіння (більше 5кг)	-	-	-	-	2	1

Всім пацієнтам проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і езофагогастродуоденоскопію, яку доповнювали біопсією слизової оболонки шлунку при наявності дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) і ерозивно-виразкового враження слизової оболонки. Пацієнтів, у яких результат ЛХЕ був задовільним (Visik III) і задовільним (Visik IV), обстежували спеціально для вияснення причин таких результатів.

Кількісні та якісні показники отриманих результатів досліджень обробляли з допомогою ПК Pentium 100 з використанням стандартного статистичного пакету Microsoft Office 2000.

Курс реабілітації 30 хворих після перенесеної ЛХЕ терміном 24 дні в санаторії "Поляна" включав мінеральну воду "Поляна Купель" із джерела, підігріту до 38 С, по 150-200 мл повільно за 40 хв до прийому їжі 3 рази на добу. Всі пацієнти лікування мінеральною водою переносили добре. Призначали дієту №5 за Певзнером, загальноукріплюючі та тонізуючі процедури; "жемчужні" ванни, настій женьшеню, ванни з мінеральною водою "Поляна Купель", масаж. Режим пацієнтів був вільним, за виключенням обмеженням фізичної нагрузки на м'язи передньої черевної стінки (профілактичне виникнення післяопераційної вентральної грижі черева).

Сумісно з кафедрою економіки, менеджменту та маркетингу УжНУ вперше створено формалізовані універсальні формули розрахунку порівняльного ефекту від застосування реабілітаційного лікування. Порівняльний ефект від застосування реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна" хворих з ЖКХ після ЛХЕ розраховується як сумарна економія витрат від перебування на стаціонарному та амбулаторному лікуванні, економія суспільних витрат від непрацездатності та витрат на реабілітаційне лікування:

$$E_р = \Sigma^{n}_{i=1} \times (E_{ст+амб} - B_{реаб} + E_{непр}),$$

де:

$E_р$ — порівняльний ефект від застосування реабілітаційних заходів;

n — кількість років спостереження;

$E_{ст+амб}$ — економія витрат від перебування на стаціонарному та амбулаторному лікуванні;

$B_{реаб}$ — витрати на реабілітаційне лікування;

$E_{непр}$ — економія суспільних втрат від непрацездатності, що представлена економією витрат на оплату листків непрацездатності та зменшенням недоотриманої валової додатної вартості.

$$E_{ст+амб} = Ц_{1л\text{-}д\ ст} \times (N_{дн.ст.нр} \times N_{хв.ст.нр} - N_{дн.ст.р} \times N_{хв.ст.р}) + Ц_{1л\text{-}д\ амб} \times (N_{дн.амб.нр} \times N_{хв.амб.нр} - N_{дн.амб.р} \times N_{хв.амб.р}),$$

де:

$Ц_{1л\text{-}д\ ст}$ — ціна 1 ліжко-дня перебування в стаціонарі;

$Ц_{1л\text{-}д\ амб}$ — ціна 1 ліжко-дня перебування на амбулаторному лікуванні;

$N_{дн.ст.р}$ — кількість днів перебування реабілітованих хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні;

$N_{хв.ст.р}$ — кількість реабілітованих хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні;

$N_{дн.ст.нр}$ — кількість днів перебування нереабілітованих хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні;

$N_{хв.ст.нр}$ — кількість нереабілітованих хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні;

$N_{дн.амб.р}$ — кількість днів перебування реабілітованих хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні;

$N_{хв.амб.р}$ — кількість реабілітованих хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні;

$N_{дн.амб.нр}$ — кількість днів перебування нереабілітованих хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні;

$N_{хв.амб.нр}$ — кількість нереабілітованих хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні.

$$B_{реаб} = Ц_{реаб\ курсу} \times N_{хв.реаб.},$$

де:

$Ц_{реаб\ курсу}$ — ціна реабілітаційного курсу;

$N_{хв.реаб.}$ — кількість реабілітованих хворих.

Таблиця 2. *Причини задовільного (Visik III) та незадовільного (Visik IV) віддаленого результату лікування хворих з ЖКХ після виконання ЛХЕ*

	Ускладнення	Частота виявлення		
		I група	II група	
		Visik III	Visik III	Visik IV
		n=3	n=7	n=2
1.	Функціональні порушення моторно-евакуаторної функції шлунку і 12-ти п.к.	2	2	1
1.1.	без ДГР	2	2	-
1.2.	з ДГР і рефлекс-гастритом	-	-	1
2.	Ерозивний гастродуоденіт	-	1	-
3.	Виразка цибулини 12-ти п.к.	-	1	-
4.	Біляпупкова грижа	-	-	1
5.	Психосоматичні порушення	-	2	-
6.	Хронічний гепатит	1	1	-

$$E_{непрац.} = (N_{дн.ст.нр} \times N_{хв.ст.нр} - N_{дн.ст.р} \times N_{хв.ст.р} + N_{дн.амб.нр} \times N_{хв.амб.нр} - N_{дн.амб.р} \times N_{хв.амб.р}) \times (ЗП_с + ВДВ_{1пр}),$$

де:

$ЗП_с$ — середньоденна по області оплата листка непрацездатності для 1 працівника;

$ВДВ_{1пр}$ — середньоденна по області валова додана вартість на 1 працівника.

Порівняльний ефект в розрахунку на 1 хворого:

$$E_{реаб\ 1хв} = E_{реаб}/N_{хв.},$$

де $N_{хв.\ реаб.}$ — кількість реабілітованих хворих у досліджуваній вибірці.

Розрахунки порівняльного ефекту від реабілітаційного лікування 30 хворих з ЖКХ після ЛХЕ проведено на кафедрі економіки, менеджменту та маркетингу УжНУ. Даний алгоритм був реалізований за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel.

Обговорення і результати досліджень

У І групі хворих (які пройшли реабілітаційне лікування в санаторії "Поляна") віддалений результат після ЛХЕ у відповідності з модифікованою шкалою Visik оцінено які відмінний у 19 хворих (63,3%), добрий у 8 (26,7%), задовільний у 3 (10%) хворих. У ІІ групі хворих (які не пройшли реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна") віддалений результат після ЛХЕ у відповідності з модифікованою шкалою Visik оцінено як відмінний у 13 хворих (43,3%), добрий у 8 (26,7%), задовільний у 7 (23,3%) та незадовільний у 2 (6,7%) хворих (табл. 1).

Болі в череві у вигляді короткочасної кольки відмічено тільки у 5 (16,6%) хворих із І групи (Visik II і III) і у 12 (40%) хворих у ІІ групі хворих (Visik II, III, IV). Найбільш часто пацієнти ІІ групи скаржились на важкість в шлунку після прийому їжі (16,6%), відрижку (16,6%) випадків, закріпи (16,6%), чого не спостерігалось у хворих після реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна".

Основними причинами появи патологічних симптомів після виконаних ЛХЕ у І та ІІ групі хворих були функціональні порушення моторно-евакуаторної функції шлунку та 12-ти п.к (25% і 33,3% відповідно). За нашими даними, короткочасний періодичний рефлюкс дуоденального вмісту в шлунок спостерігається у багатьох здорових людей. Але частіше він має місце у хворих з виразковою і жовчно-кам'яною хворобами, а також після операцій на шлунку та після холецистектомій. У більшості випадків

Таблиця 3 (частина І). *Етапи розрахунку порівняльного ефекту від застосування реабілітаційного післяопераційного лікування в санаторії "Поляна" (в гривнях)*

1. Інформаційна база розрахунків

№	Назва показника	Значення показників, по роках					Група хворих, що пройшли реабілітацію, по роках					Сумарні витрати реабілітованих хворих, грн.	Група хворих, що не пройшли реабілітацію					Сумарні витрати нереабілітованих хворих, грн.	Сумарна економія суспільних витрат від реабілітації, грн.
		2000р	2001р	2002р	2003р	2004р	2000р	2001р	2002р	2003р	2004р		2000р	2001р	2002р	2003р	2004р		
1	ціна одного ліжко-дня перебування в стаціонарі (Цл-д.ст.), грн	29,40	31,91	42,39	49,65	70,99	X	X	X	X	X		X				X		
2	ціна одного ліжко-дня перебування на амбулаторному лікуванні (Цл-д.амб.), грн	7,56	8,02	8,78	10,41	15,33	X	X	X	X	X		X				X		
3	вартість реабілітаційного курсу (24 дні), грн	980	1050	1050	1050	1930	X	X	X	X	X		X				0		
4	ціна 1 ліжко-дня в реабілітації (1930/24), грн	40,83	43,75	43,75	43,75	80,42	X	X	X	X	X		X				X		
5	кількість днів перебування хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні (Nдн.ст.р.)	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0		0	25	22	14	10		
6	кількість хворих на післяопераційному стаціонарному лікуванні (Nхв.ст.р.)	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0		0	5	3	2	2		
7	кількість днів перебування хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні (Nдн.амб.р.)	X	X	X	X	X	0	12	0	0	0		0	29	25	19	14		
8	Кількість хворих на післяопераційному амбулаторному лікуванні (Nхв.амб.р.)		X	X	X	X	0	3	0	0	0		0	7	6	4	2		
9	Кількість хворих що пройшли реабілітацію	X	X	X	X	X	18,00	12,00	0,00	0,00	0		0				0		
10	Валова додана вартість по Закарпатській області, млн. грн.	2151,3	2781,5	3210,9	4016,2	4693,0	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
11	Кількість зайнятих по Закарпатській області, тис. чол.	256,9	239,3	220,4	207,6	202,7	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
12	Середньоденна ВДВ в розрахунку на 1 зайнятого по Закарпатській області (ВДВ 1з/д)	32,97	45,76	57,36	76,16	91,15	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	
13	Середньомісячна заробітна плата по Закарпатській області, грн.	172,02	238,00	295,00	378,61	479,42	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		
14	Середньоденна заробітна плата по Закарпатській області, грн. (ЗПс/д)	8,19	11,33	14,05	18,03	22,83	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		

дуоденогастральний рефлюкс не приводить до розвитку патологічного стану і легко купується застосуванням лікарських препаратів. Однак, в деяких випадках дуоденогастральний рефлюкс сприяє розвитку рефлюкс-гастриту, виразкових уражень слизової оболонки шлунку, рефлюкс-езофагіту (табл. 2).

На думку більшості авторів, "патологічний" дуоденогастральний рефлюкс є маркером хронічних порушень гастродуоденальної моторики. Нам також вдалося встановити зв'язок між змінами у шлунку і вираженістю дуодено-гастрального рефлюксу. Це узгоджується з думкою багатьох авторів про значення атрофічних змін в слизовій оболонці шлунку від довготривалості контакту з дуоденальним вмістом.

З приводу біляпупкової грижі троакарного доступу 1 хвора оперована в плановому порядку. Причому у цієї пацієнтки було необхідним повторне виконання оперативних втручань з приводу рецидивної грижі.

Лікування хронічної атонії шлунку і порушення прохідності 12-ти п.к. представляє собою складне завдання, яке ще більше ускладнюється при їх поєднанні з жовчним рефлюкс-гастритом. Таким пацієнтам в основному проводили консервативну терапію.

Причиною виникнення навколопупкової грижі троакарного доступу була погрішність хірургічної тактики при його зашиванні.

Окрім якості життя пацієнтів, які перенесли ЛХЕ з приводу жовчнокам'яної хвороби викликає великий інтерес і економічний ефект від реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна". В зв'язку з цим нами вперше розроблений універсальний формалізований розрахунок порівняльного ефекту від застосування реабілітаційних заходів, який дозволив провести розрахунки ефекту реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна" хворих після ЛХЕ на 1 хворого (табл. 3, частина І і ІІ). Проведені розрахунки показали, що економічний ефект в розрахунку на 1 хворого, який пройшов реабілітацію в санаторії "Поляна" склав 801,62 гривень, а у групі з 30 хворих — 24048,61 гривень, в порівнянні з тими хворими ЖКХ, які після ЛХЕ не пройшли реабілітаційного лікування.

Висновки

1. З метою попередження виникнення ПХЕС у хворих з ЖКХ в передопераційний алгоритм необ-

Таблиця 3 (частина ІІ). *Етапи розрахунку порівняльного ефекту від застосування реабілітаційного післяопераційного лікування в санаторії "Поляна" (в гривнях)*

2. Розрахунок порівняльного ефекту від застосування реабілітаційних заходів

№	Назва показника	Значення показників, по роках					Група хворих, що пройшли реабілітацію, по роках					Сумарні витрати реабілітованих хворих, грн.	Група хворих, що не пройшли реабілітацію					Сумарні витрати нереабілітованих хворих, грн.	Сумарна економія суспільних витрат від реабілітації, грн.
		2000р	2001р	2002р	2003р	2004р	2000р	2001р	2002р	2003р	2004р		2000р	2001р	2002р	2003р	2004р		
15	Витрати на реабілітацію по всій вибірці (ціна еаб.курсу*кількість реабілітованих хворих)	X	X	X	X	X	17640	12600	0	0	0	30240	0	0	0	0	0	0,00	
16	Витрати на післяопераційне лікування в стаціонарі (кількість днів*кількість хворих*варість 1 ліжко-дня) (Вст)	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	0	8873,75	4685,34	1987,72	1419,80	16966,61	
17	Витрати на післяопераційне амбулаторне лікування (кількість днів перебув на амб.лік*кількість хворих*варість 1 ліжко дня амб) (Вамб)	X	X	X	X	X	0	559,08	0	0	0	559,08	0	3152,59	2299,50	1165,08	429,24	7046,41	
18	Сумарні витрати на післяопераційне лікування в стаціонарі та амбулаторії (Вст+амб)	X	X	X	X	X	0	559,08	0	0	0	559,08	0	12026,34	6984,84	3152,80	1849,04	24013,02	
19	Економія витрат від перебування на стаціонарному та амбулаторному лікуванні (Ест+амб) розрах: (Вст+амб реаб- Вст+амбнереаб)	0	2593,51	6984,84	3152,80	1849,04	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14580,19
20	Суспільні витрати у зв"язку з непрацездатністю працівника в країні (кількість днів на лікуванні (ст+амб)*кількість хворих* (ЗПс/д+ВДВ1з/д)	X	X	X	X	X	0	2055,42	0	0	0	2055,423	0	11715,30	10776,60	7186,731	3211,46	32890,09	
21	Економія суспільних витрат від непрацездатності, що представлена економією витрат на оплату праці та зменешенням недоотри-маної валової доданої вартості (Енепрац)	0	11156,22	10776,59	7186,73	3211,46	X	X	X	X	X								32331,01
22	Сумарні витрати (всі витрати хворих по всій вибірці), грн.	X	X	X	X	X	17640,00	15214,50	0,00	0,00	0,00	32854,5	0,00	23741,64	17761,43	10339,53	5060,53	56903,11	
23	Порівняльний ефект від застосування реабілітаційних заходів (Ер) (витрати реабілітованих - витрати нереабілітовані)	-17640	8527,14	17761,43	10339,53	5060,50													24048,61
24	Порівняльний ефект в розрахунку на 1 хворого (Е реаб1хв)(порівняльний ефект / кількість реабілітованих)	-588	284,24	592,05	344,64	168,68													801,62

хідно обов'язково включати фіброгастродуоденоскопію. За нашими даними, однією з основних причин виникнення скарг у цих хворих є хронічні порушення моторики шлунку і 12-ти п.к, а також залишкові не кореговані або знову виниклі функціональні зміни великого дуоденального сосочка.

2. Аналіз якості життя — перспективний напрямок клінічної хірургії, який дозволяє точно оцінити стан фізичного здоров'я хворих, вибрати раціональний метод хірургічної корекції захворювання та проконтролювати ефективність лікування та післяопераційної реабілітації.
3. Вперше розроблений нами формалізований розрахунок порівняльного ефекту від застосування реабілітаційних заходів дозволив вирахувати ефект від післяопераційного реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна" хворих з ЖКХ після ЛХЕ, який склав на одного хворого 801,62 гривень, а на групу із 30 хворих — 24048,61 гривень, в порівнянні з тими хворими, які після ЛХЕ не пройшли реабілітаційного лікування.

Література

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. (2005) Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомия. Хирургия. 6: 24-30
2. Ветшев П.С., Крилов Н.Н., Шпаченко Ф.А. (2000) Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения. Хірургія. 1: 64-66
3. Ковальчук О.Л., Господарський А.Я., Дуць С.І., Мельник В.В., Шкробот Л.В. (2003) Оцінка якості життя хворих, що перенесли лапароскопічну холецистектомію. Шпитальна хірургія. 2: 72-75
4. Крилов Н.Н., Кузин М.И. (2000) К методике оценки результатов операций на желудке. Хирургия. 2: 7-20
5. Мехтиханов З.С., Донців И.В., Альбужи Тарик, Ламина А.Й., Рамалданов С.К. (2001) Лапароскопическая холецистэктомия: отдалённые результаты и качество жизни пациентов. Клінічна хірургія. 3: 22-25
6. Переста Ю.Ю., Шніцер Р.І., Ревес В.Ю., Марусанич Б.М. (2006) Рання реабілітація хворих, оперованих з приводу жовчно-кам'яної хвороби в санаторії "Поляна". Львівський медичний часопис. 12; 1: 161-163
7. Пышкин С.А., Варвашеня В.П., Визир В.А., Сапа А.И. (1994) Ранняя реабилитация больных, оперированных по поводу язвенной и желчнокаменной болезней, на курорте. Клінічна хірургія. 9: 46-49
8. Ревес В.Ю., Переста Ю.Ю., Шніцер Р.І., Марусанич Б.М., Кравчук І.Б. (2006) Реабілітація хворих з жовчно-кам'яною хворобою після лапароскопічних холецистектомій в санаторії "Поляна" як засіб профілактики постхолецистектомічного синдрому. Матеріали другої всеукраїнської науково-практичної конференції "Використання фізичних факторів в хірургії". (Чернівці). с. 119-123
9. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Шніцер Р.І., Марусанич Б.Ю., Ревес В.Ю. (2004) Комбіноване хірургічне лікування та післяопераційна реабілітація в санаторії "Поляна" пацієнтів з жовчокам'яною хворобою. Клінічна хірургія. 11-12: 89-90
10. Peterli R., Merki L., Schuppisser J.P. et al. (1998) Postcholecystetomy complaints one year after laparoscopic cholecestectomy. Chirurg. Vol. 69; 1: 55-60
11. Visik A.H. (1948) Measured radical gastro-ectomy. Lancer. 1: 505-510
12. Wilson P., Jamieson I.R., Hinder R.A. et al. (1995) Pathologic duodenogastric reflux associated with persistence of symptoms after cholecystectomy. Surgery. Vol. 117; 4: 421-428

АНОНС

Науково-практичної конференції

«ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ, НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ШЛЯХИ РОЗВИТКУ»

10-11 липня 2007 року

Україна, Київ
Головний військовий клінічний Ордена Червоної Зірки госпіталь
Міністерства оборони України
вул. Госпітальна, 18
Клуб, конференц-зал

По питанням звертатися:
Начальник медичного відділення ендоскопічної діагностики та хірургії
ГВКГ, полковник медичної служби Чернєв В.М.
Тел.: (+38) 066 707 30 03

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Асоціація лікарів-ендоскопістів України
Головне управління охорони здоров'я
та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації
Київський міський центр по наданню медичної допомоги
хворим з шлунково-кишковими кровотечами

Матеріали симпозіуму

«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ»

Україна, Київ, 16 березня 2007 р.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

ЭВОЛЮЦИЯ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Братусь В.Д., Фомин П.Д., Никишаев В.И.*
Кафедра факультетской хирургии #2 НМУ им. А.А. Богомольца, Киев
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи*

Введение

Одной из важных проблем здравоохранения в Украине является оказание медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), в структуре которых более половины приходится на кровоточащие гастродуоденальные язвы (КГДЯ) [1-9]. Не смотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни (ЯБ), количество пациентов с язвенными кровотечениями в Украине с 1996 по 2005 года, по данным Центра медицинской статистики Украины, выросло с 196,1 до 200,4 на 10000 болеющих ЯБ. Поэтому актуальным является совершенствование тактики лечения больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами (КГДЯ) на основе внедрения новых эндоскопических технологий и схем современной медикаментозной терапии.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты лечения 16342 больных с кровотечением из язв: КГДЯ — 14787, язвы Дьелафуа — 194, острые язвы — 1249, гигантские язвы — 112. Анализ проведен по трем периодам, которые соответствуют этапам совершенствования и внедрения а) миниинвазивных эндохирургических вмешательств (МЭВ) направленных на остановку кровотечения и профилактику его рецидива, в) международной классификации МСТ 2g (минимальная стандартная терминология эндоскопии пищеварительного тракта, 1998г.) и с) пересмотру принципов подхода и критериев выбора хирургической тактики.

I период (1982-1993) — анализ результатов эндоскопической диагностики и эффективности лечения кровотечения из язв (7694 больных) в основном с применением общепринятых МЭВ для остановки активного кровотечения. При отсутствии противопоказаний больных оперировали экстренно или по неотложным показаниям. Этот период соответствовал ведению активной хирургической тактики, но наряду с этим продолжались поиск и разработка новых способов эндоскопического гемостаза.

II период (1994-1998) — разработка на основании проведенных в первом периоде исследований по оценкам эффективности МЭВ при активном кровотечении и анализу частоты рецидивов кровотечения (РК) в зависимости от способов МЭВ и вида стигмат, алгоритмов активной эндоскопической тактики и эндоскопического мониторинга с применением различных МЭВ как при активном кровотечении, так и при наличии стигмат (1869 больных). Во II периоде были разработаны принципы активной эндоскопической тактики с проведением МЭВ и при наличии стигмат — тромбированного сосуда или фиксированного сгустка (F IIA, F IIB). У этих пациентов эндоскопическое пособие, направленное на профилактику РК, было проведено у 164(74,9%) из 219. Контрольное эндоскопическое исследование проводилось в течение первых трех суток или при появлении первых клинических РК. РК у большинства больных расценивался как показание к операции и, не смотря на эндоскопическую остановку кровотечения — больные экстренно оперировались при отсутствии противопоказаний.

III период (1999-2006) — сравнительная оценка эффективности эндоскопических технологий лечения и эндоскопического мониторинга при КГДЯ в соответствии с критериями МСТ 2g в Киевской городской больнице скорой медицинской помощи (1207 больных) и Киевском городском центре неотложной помощи больным с ЖКК (5319).

Применялись методы статистической обработки путем сравнения средних величин по критерию χ^2 для определения соответствия нескольких эмпирических определений.

Результаты исследования и их обсуждение

В III периоде проводилась активная эндоскопическая тактика с обязательным проведением МЭВ у больных с активным кровотечении и наличием стигмат — тромбированный сосуд (F IIA) и фиксированный сгусток (F IIB). В последующем больным проводился эндоскопический мониторинг. Экстренные операции проводились при невозможности остановить кровотечение, а неотложные — при высоком риске рецидива кровотечения.

Анализ результатов лечения больных показал, что во II периоде наблюдений достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=69,6$) снизилось общее количество операций при ЯБ по сравнению с I периодом, соответственно с 46,4% (3047 операций) до 34,7% (550 операций). Применение МЭВ во II периоде наблюдений позволило статистически достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=68,4$) снизить в структуре операций количество их выполненных на высоте кровотечения с 15% до 2,2% по сравнению с I периодом (рис.1). Однако количество операций выполненных на высоте РК во II периоде наблюдений достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=18,04$) было больше, чем в I периоде. Общее количество экстренных операций выполненных на высоте кровотечения и высоте РК было достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=12,85$) меньше в II периоде чем в I. Во II периоде стало больше операций выполненных в отсроченном периоде ($p<0,001$, $\chi^2=16,57$).

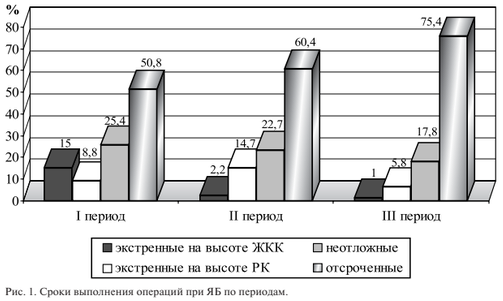


Рис. 1. Сроки выполнения операций при ЯБ по периодам.

Всего в I периоде умерли 288 (4,4%) из 6573 больных (табл. 1), в том числе среди 3047 оперированных — 109 (3,6%), а из 3526 не оперированных — 179 (5,1%). Во II периоде умерли 70 (4,4%) из 1584, 27 (4,9%) из 550 и 43 (4,2%) из 1028 соответственно. Не смотря на уменьшение общего количества операций и сроков выполнения их, достоверных изменений в общей летальности, летальности среди оперированных и не оперированных больных не наступило.

Всего во II периоде наблюдений МЭВ были применены у 616 (38,9%) из 1584 больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами. Из 235 больных с продолжающимся кровотечением не удалось остановить кровотечение у 12 (5,1%). РК возник у 120 больных, из которых у 56 (46,7%) эндоскопические вмешательства на язве не проводились. РК имел клинические проявления у 92 (76,7%) пациентов, а у 28 (23,3%), он был обнаружен при контрольном эндоскопическом исследовании.

Применение эндоскопического мониторинга в III периоде наблюдений позволило достоверно снизить относительное количество операций при ЯБ по сравнению с II ($p<0,0001$, $\chi^2=95,7$) и I ($p<0,00001$, $\chi^2=318,5$) периодами, соответственно с 46,4% (3047 операций) и 34,7% (550 операций) до 5,8% (382 операции). Применение МЭВ в III периоде наблюдений позволило статистически достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=27,5$) снизить в структуре операций количество их выполненных на высоте кровотечения с 15% до 1% по сравнению с I периодом.

Количество операций на высоте кровотечения в III периоде наблюдений достоверно не отличалось от количества их во II периоде. Однако количество операций выполненных на высоте РК в III периоде наблюдений достоверно ($p<0,01$, $\chi^2=9,68$) было меньше, чем во II периоде и существенно не отличалось от I. Общее количество экстренных операций выполненных на высоте кровотечения и высоте РК было достоверно меньше в III периоде чем в I ($p<0,0001$, $\chi^2=28,43$) и II ($p<0,001$, $\chi^2=10,99$). В III периоде стало достоверно больше отсроченных операций по сравнению с I ($p<0,0001$, $\chi^2=42,46$) и II ($p<0,001$, $\chi^2=13,29$) периодах. В III периоде умерли 99 (1,5%) из 6630 больных, после операции — 10 (2,6%) из 382 прооперированных и 89 (1,4%) из 6248 не оперированных. Таким образом, в III периоде достоверно произошло снижение общей летальности по сравнению с I ($p<0,001$, $\chi^2=16,31$) и II ($p<0,001$, $\chi^2=14,00$) периодами. Летальность среди не оперированных больных достоверно снизилась по сравнению с I ($p<0,001$, $\chi^2=17,76$) и II ($p<0,01$, $\chi^2=9,03$) периодами. Летальность среди оперированных больных была ниже чем I и II периодах однако различия были достоверными только со II периодом ($p<0,05$, $\chi^2=4,97$).

Всего во III периоде наблюдений МЭВ были применены у 4164 (62,8%) из 6630 больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами. Всего им было произведено 11659 (2,8 на 1 человека) МЭВ во время проведения мониторинга. Из 645 больных с продолжающимся кровотечением не удалось остановить кровотечение у 7 (1,1%). РК возник у 412 (6%) больных, что статистически достоверно меньше чем во II периоде наблюдений ($p<0,05$, $\chi^2=4,69$). РК имел клинические проявления у 83 (20,1%), а у 329 (79,9%) пациентов он был обнаружен в процессе эндоскопического мониторинга.

Рецидивные язвы после органосохраняющих операций

Рецидивные язвы после органосохраняющих операций и резекций желудка осложненные ЖКК представляют большую проблему в определении правильной тактики лечения их, определении сроков выполнения операции. Выполнение реконструктивных операций без определения причин приведших к возникновению рецидивной язвы на высоте кровотечения представляется практически не возможным. Поэтому огромное значение приобретает эндоскопическая остановка кровотечения у этой категории больных.

В I периоде нашей работы из 335 больных с рецидивными язвами после органосохраняющих операций и резекций желудка были прооперированы 117 (34,9%): на высоте продолжающегося кровотечения — 19 (5,7%), высоте РК — 24 (7,1%) и в отсроченном периоде — 74 (22,1%) пациента. Применение МЭВ во II периоде нашей работы позволило снизить количество операций у этой категории больных, особенно на высоте кровотечения. Так из 69 больных этой группы оперированы 19 (27,5%): из них на высоте кровотечения — 1 (5,3%), высоте РК — 5 (26,3%) и в отсроченном периоде — 13 (68,4%) пациентов. В III периоде благодаря применению усовершенствованных и разработанных новых способов МЭВ, широкому внедрению эндоскопического мониторинга снизили хирургическую активность по сравнению с I и II периодами, достоверно ($p<0,025$) уменьшилось число операций на высоте продолжающегося и РК. Из 110 больных с рецидивными язвами после органосохраняющих операций и резекций желудка были прооперированы 28 (25,5%): из них на высоте кровотечения — 2 (7,1%) и в отсроченном периоде — 26 (92,9%) пациентов.

В I периоде из 335 лечившихся больных умерли 6 (1,8%), в том числе из 117 прооперированных — 5 (4,3%) и из 218 не оперированных — 1 (0,5%). Во II периоде из 69 пациентов умер 1 (1,4%). В III периоде умер 1 больной (0,9%), которому операция была выполнена по жизненным показаниям на высоте кровотечения. Невзирая на произошедшие изменения в общем количестве операций и времени их выполнения, достоверных изменений в общей летальности больных не наступило.

Таблица 1. *Данные по лечению КГДЯ по периодам*

	I период	II период	III период	Всего
Общее количество больных	6573	1584	6630	14787
Оперировано больных	3047	550	382	3979
Хирургическая активность (%)	46,4	34,7	5,8	26,9
Умерли после операции	109	27	10	146
Летальность среди оперированных (%)	3,6	4,9	2,6	3,7
Не оперировано больных	3526	1028	6248	10802
Умерли из не оперированных	179	43	89	311
Летальность среди неоперированных (%)	5,1	4,2	1,4	2,9
Всего умерли	288	70	99	457
Общая летальность (%)	4,4	4,4	1,5	3,1

Сочетание перфорации язвы с кровотечением

В связи с тем, что при сочетании перфорации язвы с кровотечением интенсивного кровотечения, как правило, не отмечается, а "просачивающееся" кровотечение выявляется только из края перфоративной язвы, то проведение эндоскопического гемостаза считали не целесообразным, так как оно отодвигает время начала проведения операции.

Острые язвы

При кровотечении из острых язв основным в лечении считали консервативную медикаментозную терапию в I периоде наблюдении. Только при РК у больных без тяжелой сопутствующей патологии прибегали к оперативному лечению как крайней мере. Всего было прооперированно 35 (7,9%) больных. Умерли после операции 15 (42,9%). Из 406 пациентов лечившихся консервативно умерли 19 (4,7%). Всего умерли 34 (7,7%) больных.

Во II периоде наблюдений всем больным с продолжающемся кровотечением и стигматами проводилось обязательное МЭВ, но несмотря на это, количество операций и летальность, не изменились. Всего были прооперированы 12 (7,2%) больных. Умерли после операции 3 (25%). Из 154 пациентов лечившихся консервативно умерли 9 (5,8%). Всего умерли 12 (7,2%) больных.

В III периоде наблюдений проведение эндоскопического мониторинга позволило статистически достоверно ($p<0,05$) снизить количество операций до 0,5% (3 больных) по сравнению с I и II периодами, однако снижение общей летальности было не достоверно. Из 639 пациентов, лечившихся консервативно, умерли 14(2,2%). Общая летальность составила 2,1%.

Язвы Дьелафуа

В I периоде нашей работы нами проводились попытки эндоскопического гемостаза различными способами. При применении аппликационных способов, путем нанесения различных растворов, клеев, пленкообразующих полимеров на кровоточащий субстрат мы не смогли добиться остановки кровотечения ни у одного больного и при продолжающемся кровотечении или РК пациентов оперировали. В последующем стали проводить гемостаз путем монополярной электрокоагуляции тканей вокруг кровоточащего сосуда (31 больной), гидроэлектрокоагуляцию вокруг кровоточащего сосуда (29 больных).

На высоте кровотечения операции выполнили 13 (9 после неэффективной аппликационной терапии, 2 после неэффективной моноактивной электрокоагуляции, 2 после неэффективной гидроэлектрокоагуляции) больным. РК возник у 33 (45,2%) из 73 больных со стигматами и у 10 (17,9%) из 56 после коагуляции. При РК у 17 больных была произведена остановка кровотечения путем гидрокоагуляции которая была эффективной у 14 (82,4%). Остальных больных (29) оперировали. Всего в этот период подверглись оперативному лечению 42 (29,6%) больных. Умерли 6 больных (1 не оперирован). Послеоперационная летальность составила 11,9%, а общая — 4,2%.

Во II периоде наблюдений МЭВ стали проводить и больным с наличием стигмат (группы F IIA и IIB). Гидроэлектрокоагуляцию осуществили у 14 больных с продолжающимся кровотечением и 15 со стигматами. В связи с безуспешностью МЭВ вынуждены были прооперировать на высоте кровотечения 1 (7,1%) из 14 пациентов с продолжающимся кровотечением. РК возник у 2 (15,4%) пациентов после остановки кровотечения и у 2 (13,3%) со стигматами. Всем им с помощью эндоскопической гидроэлектрокоагуляции удалось остановить кровотечение. Хирургическая активность при таком способе остановки кровотечения составила 3,4%. Достоверно реже ($p<0,01$) РК наблюдался у больных со стигматами (группы F IIA и IIB) после профилактической электрокоагуляции, чем у пациентов без МЭВ. Летальных исходов в этой группе не было. Таким образом, активная эндоскопическая тактика позволила достоверно ($p<0,01$) снизить количество операций и летальность у этой категории больных.

В III периоде наблюдений у 8 больных с продолжающимся кровотечением и 4 со стигматами проводилась коагуляция по разработанному нами способу, у 5 больным со струйным кровотечением и 3 с тромбированным сосудом проведено эндоскопическое клипирование, а у 3 больных с активным струйным кровотечением провели аргоноплазменную коагуляцию. Гемостаз удалось достичь у всех пациентов и при эндоскопическом мониторинге у 2 (7,1%) больных после электрокоагуляции тромбированного сосуда был выявлен РК без клинических проявлений. Кровотечение было остановлено эндоскопически. Еще у 5 пациентов, через 4 часа, после эндоскопической остановки кровотечения после электрокоагуляции был выявлен фиксированный сгусток крови на дне дефекта слизистой. Им было проведена профилактическая электрокоагуляция его. РК не было. Все больные выздоровели без оперативного лечения. Летальных исходов в этой группе больных не было. Таким образом, эндоскопический мониторинг позволил достоверно ($p<0,01$) снизить количество операций у этой категории больных по сравнению с I и II периодами наблюдений, а летальность по сравнению с I периодом ($p<0,01$).

Лигатурные язвы

Лигатурные язвы в основном имели не активное кровотечение легко, останавливаемое с применением как аппликационных методов, так и электрокоагуляции с целью остановки кровотечения и профилактики его рецидива при наличии стигмат (F IIA и F IIB). Во всех трех периодах наблюдения тактика лечения этой категории больных оставалась консервативной: эндоскопический гемостаз с последующим эндоскопическим удалением лигатур. Эндоскопический гемостаз осуществляли путем монополярной (16), биполярной (13) электрокоагуляции, аргоно-плазменной коагуляции (10), эндоскопической инъекционной терапии (ЭИТ) с последующей монополярной электрокоагуляцией (10), эндоскопического клипирования (2), эндоскопической инъекционной терапии с последующим клипированием (3). У 2 больных с активным кровотечением из дна язвенного дефекта применили разработанный нами эндоскопический способ остановки кровотечения.

Эндоскопический гемостаз при активном кровотечении, был эффективен у всех больных. РК возник у 5 больных после электрокоагуляции (у 3 после МЭВ при активном кровотечении, а у 2 после воздействия на тромбированный сосуд в дне язвенного дефекта) и повторная моноактивная электрокоагуляция у них была эффективной.

Всем 112 больным с внутренними лигатурами, осложнившимися кровотечением, произведено эндоскопическое удаление 187 лигатур. Во всех случаях удаление пересеченных ножницами или разработанным нами эндоскопическим ножом лигатур происходило с минимальной травматизацией тканей. Заживление изъявлений слизистой оболочки в зоне лигатур происходило в пределах 7-10 дней без каких-либо последствий. За время дальнейшего наблюдения за больными от 1 до 10 лет ни в одном случае не возникло повторного эпизода ЖКК из зоны удаленных лигатур.

Выводы

1. Применение МЭВ позволяет в 1,4 раза уменьшить количество оперативных вмешательств на высоте кровотечения при кровоточащих ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки и в 1,2 раза при кровоточащих рецидивных постваготомных и пострезекционных язвах.
2. Эндоскопический мониторинг обеспечивает в 80% выявление РК до появления клинических проявлений, способствует достоверному снижению в 14,3 раза ($p<0,001$) числа операций на высоте кровотечения, в 1,5-2,5 раза — на высоте РК и как следствие достоверно снижается общая летальность ($p<0,001$) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Активная эндоскопическая тактика лечения позволяет достоверно ($p<0,01$) снизить количество операций и летальность у больных с язвами Дьелафуа.
4. Все внутренние лигатуры, определяемые при эндоскопическом исследовании, даже при отсутствии клинической симптоматики, подлежат удалению с целью профилактики возможных осложнений.

Литература

1. Ананко А.А. (2006) Тактика диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений на современном этапе (обзор западной литературы). Український медичний часопис. 6; 56: 55-60
2. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 5; 1: 5-6
3. Короткевич А.Г., Меншиков В.Ф., Крилов Ю.М. (1998) Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений при язвенной болезни (методические рекомендации для врачей курсантов). (Ленинск-Кузнецкий).
4. Никишаев В.И. (2001) Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 5; 1: 30-31
5. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., и др. (2002) Материалы на XX съезд хирургов Украины. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996-2001 гг.). (Киев). 67 с/
6. Aabakken L. (2001) Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 33; 1: 16-23
7. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C., et al. (2005) Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. Scand. J. Gastroenterol. 40; 8: 914-920
8. Paimela H., Oksala N.R., Kivilaakso T. (2004) Surgery for peptic ulcer today. A study on incidence, methods and mortality in surgery for peptic ulcer in Finland between 1987 and 1999. Dig. Surg. 21; 3: 185-191
9. Welch C.E., Rodkey G.V., Gryska P.A. (1986) Thousand operations for ulcer disease. Ann. Surg. 2; 204: 454

РЕЦИДИВНІ ДУОДЕНАЛЬНІ ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ: ПРОГНОЗУВАННЯ І ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИТИ

Дзюбановський І.Я., Басистюк І.І.
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Recurrent Duodenal Ulcerous Bleeding: Prognostication and Choice of Treatment Tactic

I.Y. Dzyubanovskiy, I.I. Basistyuk
Ternopil state medical university of I.Y. Gorbachevsky, Ukraine

Summary

Complex of the morpho- and immunomorphological methods of examination studied morphological changes and local immune homeostasis of patients with terminated bleeding and on the point of the recidivism of bleeding proposed treatment depending on structure changes and running of disease and local immune reactions

Key words: gastroduodenal ulcers bleeding, morpho- and immunemorphologic monitoring.

Вступ

Відомо, що зупинка виразкової кровотечі самостійно або під дією лікувальних заходів наступає у 85-93% хворих [1,2]. Однак виникнення рецидивної кровотечі із виразки дванадцятипалої кишки у 12-35% хворих представляє собою одну із проблемних аспектів в лікуванні гострих виразкових дуоденальних кровотеч.

Актуальність вивчення за змістом рецидивування виразкової кровотечі, вплив на гемостаз і вибір можливих варіантів надійності гемостазу визначається високим рівнем післяопераційної летальності, яка коливається при рецидивних кровотечах в межах 30-75%. В зв'язку з цим, очевидна значимість прогнозування рецидивної кровотечі з дуоденальної виразки.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 1164 хворих з гострим виразковим гастродуоденальними кровотечами. Чоловіків було 73,3%, жінок 26,7%, з них віком старше 60 років — 19,2%. Кровотеча I ступеня була у 37,2%, II ступеня — 44,1%, III ступеня — 18,6%. Госпіталізовано після 24 годин з моменту захворювання — 24,5% хворих. Оперовано 668 (57,5%) пацієнтів.

Морфологічними та імуномофрологічними методами досліджено 67 препаратів — стінок дванадцятипалої кишки; у 29 оперованих хворих з приводу зупиненої кровотечі у відтермінованих термінах без рецидиву кровотечі, та у 31 — оперованих на висоті рецидивної кровотечі.

При оцінці стану локального імунітету дванадцятипалої кишки визначали активність функціонування плазматичних основних класів імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG). Мікротомні зрізи дванадцятипалої кишки оброблялися моноспецифічними сироватками проби IgA, IgM, IgG, кон'югованим ізотіоціанатом флюоресцеїном застосувавши прямий метод Кунса. Приготовлені зрізи дослідження за допомогою люмінесцентного мікроскопу "Люман — Р-8". При цьому підраховувалися плазматичні клітини, що давали специфічне світіння на 1 мм2 слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Визначення секреторного імуноглобуліну А (IgA) проводили в гомогенатах слизової оболонки дванадцятипалої кишки методом раціональної імунодифузії в агарі з специфічною сироваткою проти IgA [3-6].

В якості контролю обстежено 20 первинних донорів та, 20 хворих оперованих з приводу хронічних ускладнень дуоденальної виразки без кровотечі. Оцінка активності виразкового процесу і кровотечі проводилася ендоскопічним методом з застосуванням класифікації Forrest (1974). Отримані кількісні показники оброблялися методом варіаційної статистики. Різниця між порівнювальними величинами визначалася за Стюдентом.

Результати та їх обговорення

Нами виділено три типи активності виразкового процесу. До I типу віднесено активні виразки з триваючими кровотечами, які характеризуються первинним дефіцитом факторів захисту слизової оболонки та їх резервів, швидкими та глибокими процесами наростаючої деструкції дуоденальної стінки, пригніченням репаративних процесів та дефіцитом пластичних резервів судинного русла стінки досліджуваного органа. До II типу віднесено виразки з рецидивними кровотечами, для яких характерним є повільні або низькі темпи прогресування деструкції з ураженням глибоких шарів дуоденальної стінки, крупних судин, повільними або низькими темпами виснаження резервів факторів захисту, наростанням дефіциту регенерації та пластичних резервів судинного русла. До III типу віднесено виразки без рецидивів кровотечі — активні із затухаючим перебігом, які характеризуються активацією та наростанням вмісту факторів захисту, прогресуванням регенерації, збереженням пластичних резервів судинного русла, зниженням у динаміці активності агресивних чинників з ураженням поверхневих структур, дрібних і середніх артерій. За даними ендоскопічного моніторингу можна встановити строки виникнення раннього (протягом 6-12 годин), відстроченого (12-24 години) та пізнього рецидиву кровотечі (на протязі 24-48 і більше годин від поступлення) або ж виявити відсутність небезпеки рецидиву кровотечі 9-13 .

Ендоскопічно-імунологічний моніторинг у пацієнтів з виразковою кровотечею є обґрунтованим та необхідним з огляду на динамічність перебігу процесу виразкування та його ускладнень. Такий підхід дозволяє динамічно оцінювати стан виразки, ефективність консервативного лікування та вчасно виставляти покази до операції. Тобто його застосування дає змогу оцінити справжній ризик основного хірургічного захворювання, прогноз його перебігу у кожного конкретного хворого і визначити оптимальні строки втручання.

Таким чином, виходячи із ймовірних термінів відновлення геморагії з виразки нами запропоновано алгоритм вибору терміну операції залежно від динаміки вмісту секреторного імуноглобуліна А та ендоскопічної картини, які отримані в результаті ендоскопічно-імунологічного моніторингу.

Отже, при триваючій кровотечі при виконанні екстренного ЕГДС виконуємо спробу ендоскопічного гемостазу, при її неефективності хворі підлягають екстренному оперативному втручанню до 3 годин. У разі ендоскопічної зупинки кровотечі виконуємо механічну протекцію виразки плівкоутворюючими засобами (ліфузоль, статизоль, гастрозоль). Ці пацієнти підлягають моніторингові через 3 години. У разі відновлення кровотечі — показана термінова операція до 6 годин від моменту поступлення, тобто у найближчі 3 години, навіть якщо ендоскопічно кровотечу вдалось призупинити. У цієї категорії хворих нами було встановлено прогресивне зниження вмісту SIgA, що вказувало на колапс факторів захисту слизової оболонки і свідчило про відсутність тенденції до пригнічення агресіїї у виразці, як і тенденції до зупинки кровотечі. Якщо ж через три години підтікання крові з-під згустка немає, на виразковий кратер наносимо клейову субстанцію і виконуємо в подальшому моніторинг як при первинно-зупиненій кровотечі.

За умов первинно-зупиненої кровотечі при екстренному ЕГДС виконуємо закріплення гемостазу шляхом нанесення клейової субстанції, беремо біопсію слизової периульцерозної зони на вміст SIgA (в подальшому при кожній контрольній ЕГДС). Усі хворі із зупиненою кровотечею при поступленні підлягають консервативній замісній та противиразковій терапії (надаємо перевагу "квадро-терапії"). Контроль ЕГДС виконуємо через 6 годин — за умов зниження вмісту SIgA і нестабільного гемостазу рекомендуємо термінові оперативні втручання у найближчі 6-12 годин з моменту госпіталізації. Така картина вказує на високі темпи деструкції у виразці і перенесену за останні 6 годин між ендоскопіями клінічно не діагностовану, торпідну кровотечу. Тобто консервативні міроприємства малоефективні, а схильність до рецидивування кровотечі висока. За умов зростання вмісту SIgA і стабільного гемостазу хворі підлягають консервативній терапії. Якщо ж вміст SIgA не змінився від рівня при поступленні або й знизився при ендоскопічно стабільному гемостазі — хворі підлягають продовженню моніторингу та консервативній терапії в якості доопераційної підготовки. В даних умовах темпи деструкції у виразці не є високими, що дозволяє виграти час на доопераційну підготовку після механічного захисту виразки клейовими засобами. Наступна ендоскопія з біопсією проводиться через 12 годин. У разі зниження вмісту SIgA, незалежно від стану ендоскопічного гемостазу у виразці — рекомендовані невідкладні втручання протягом 12-24 годин. З одного боку 12 годин у більшості випадків достатньо для доопераційної підготовки, а з іншого зниження вмісту факторів захисту слизових вказує на триваючу деструкцію (активна прогресуюча виразка) у виразці та збереження як наслідок цього ризику відновлення кровотечі. Консервативній терапії підлягають лише хворі із стабільним чи зростаючим вмістом SIgA у порівнянні з поступленням. Пацієнти із стабільним рівнем SIgA підлягають подальшому моніторингу з клейовою протекцією виразки та консервативній терапії. Якщо через 24 години від поступлення, тобто через 12 годин від попереднього ЕГДС відмічено стабільне зниження вмісту у біоптаті слизової дванадцятипалої кишки SIgA — хворі підлягають оперативному втручанню, так як дана ситуація вказує на повільно прогресуючу активність виразкової деструкції з повільним зниженням факторів захисту слизової, а тому у даних пацієнтів залишається загроза пізнього рецидиву кровотечі (після 2-ї доби).

Розподіл оперативних втручань за термінами операцій був наступним: до 3 годин з моменту госпіталізації (екстренні операції (ЕО)) прооперовано 4,3% хворих, з них 80% — ОЗО та 20% РШ; з 6 до 12 годин (НО) операції виконані у 6,9% випадках, з них 37,5% хворим виконані ОЗО та 62,5% — РШ; НО у 2 групі провели у 57,8% серед них перевагу надано ОЗО — 79,1% на томість РШ — у 20,9%. При виконанні ранніх відстрочених втручань — 19,8% оперованих — органозберігаючі операції на основі ваготомії виконані у 52,2% та резекційні методи застосовані у 47,8% випадків. Пізні відстрочені та планові операції (після 5 і більше діб доопераційної підготовки) виконували у 11,2%, з них 69,2% пацієнтів провели ОЗО і лише у 30,8 % вимушені були виконувати РШ.

Висновки

1. Рецидивні виразкові кровотечі супроводжуються функціональною неспроможністю локальних імунних реакцій на фоні прогресування деструктивно некробіотичних процесів в ділянці виразки, виснаження місцевих репаративних та захисних факторів.
2. Лікувальна тактика у хворих на рецидивні виразкові кровотечі повинна базуватися на прогнозуванні перебігу захворювання на основі оцінки клініко-ендоскопічних та імуно-морфологічних локальних показників.

Література

1. Гостищев В.К, Евсеев М.О., (2004) Патогенез рецидива острых гастродуоденальнх язвенных кровотечений. Хирургия. 5: 46-51
2. Кондратенко П.Т., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. (2006) Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала. (Донецк). 420 с.
3. Шварцман Я.С., Хазенсон Я.Ю. (1998) Местный иммунитет. (Ленінград). "Медицина". 224 с.
4. Schreiber S., Heinig T., Thiele H. (1995) Immunoregulatory role of interleikin 10 in patients with inflammatory bowel disease. Gastoenterology. 108: 1434-1444
5. Ильченко А.А., Зотина М.М. (1992) Иммуноглобулины в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью. Российский медицинский журнал. 2: 6-9
6. Кімакович В.Й., Гоп'як В.В., Бродик О.В. (1999) Імунна система шлунково-кишкового тракту в нормі та патології. (Тернопіль). "Укрмедкнига". 100 с

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПРОСВЕТ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Кондратенко П.Г., Соколов М.В., Смирнов Н.Л.

Кафедра госпитальной хирургии и эндоскопии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького

Введение

Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала остается одним из наиболее опасных осложнений заболеваний органов пищеварения и других органов и систем организма. Проблема лечения этой категории больных далека от окончательного решения и с каждым годом становится все более актуальной, о чем свидетельствуют показатели летальности, которая составляет 12-20% и, к сожалению, не имеет тенденции к снижению. Наибольшие трудности возникают при лечении больных на высоте рецидивного кровотечения, частота которого, по литературным данным, составляет 15-20%, а послеоперационная летальность достигает 30%.

За последние 5 лет на Украине количество кровотечений в просвет пищеварительного канала увеличилось на 14%. Вырисовываются отрицательные тенденции — увеличение количества пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери, а так же с тяжелой сопутствующей патологией, расширение возрастных границ преимущественно, за счет лиц молодого возраста, пролонгация госпитализации в стационар на 1 сутки и более, не менее чем у 40% больных. Несмотря на большое количество публикаций, многие вопросы диагностики, хирургической тактики и выбора метода лечения этой категории больных, как и раньше, остаются спорными и до конца не решены.

Материалы и методы

С 1981 г. на базе клиники госпитальной хирургии и эндоскопии Донецкого государственного медицинского университета функционирует городской специализированный центр по лечению больных с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала в состав которого входят — приемное отделение, отделение неотложной эндоскопии, отделение анестезиологии с койками интенсивной терапии, хирургическое отделение. Под нашим наблюдением находилось 14862 пациента с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. У 62,8% больных причиной кровотечения явилась язвенная болезнь желудка или 12-п. кишки (в том числе пептические язвы анастомозов), у 14,7% — острые язвы и эрозии слизистой оболочки пищеварительного канала, у 10,4% — синдром Маллори-Вейса, у 7% — синдром портальной гипертензии, у 3,2% — опухоли пищеварительного канала, у 1,2% — причина кровотечения осталась невыявленной и в 0,7% случаев — прочие, редко встречающиеся причины кровотечения. Мужчин было 69%. Больных пожилого и старческого возраста — 43%. В первые сутки с момента проявления первых признаков кровотечения в стационар поступили 52% больных, позднее — 48%.

Результаты и их обсуждения

В начальный период работы центра мы использовали активно-выжидательную тактику, которая предполагала активное использование консервативных методов остановки кровотечения и выполнение неотложных оперативных вмешательств, при неэффективности проведенного лечения, то есть при продолжающемся или рецидивном кровотечении. Однако, несмотря на то, что эффективность комплексной консервативной терапии довольно высокая — 73%, высокой оказалась общая летальность (12,4%). Лишь у половины пациентов, оперированных по экстренным показаниями, удалось выполнить радикальные вмешательства. Чрезвычайно высокая летальность отмечена после операций, которые были выполнены у пациентов с продолжающимся (38,5%) и рецидивным (23,8%) кровотечением. Высокой (9,4%) была летальность и у неоперированных больных, причем основными причинами смерти стали продолжающиеся и рецидивные кровотечения.

Учитывая неудовлетворительные результаты применения активно-выжидательной тактики, на следующем этапе работы использовалась активная тактика. Хирургические вмешательства выполнялись на высоте кровотечения или в ближайшие часы после его остановки. Показанием к экстренной операции были средняя и тяжелая степень кровопотери. Применения активной тактики позволило нам значительно снизить общую (6,9%) летальность. Однако послеоперационную летальность удалось снизить лишь до 8,5%, а после экстренных вмешательств — до 9,9%, в т.ч. у пациентов с продолжающимся кровотечением — 14,3%, рецидивным — 10 %.

Накопленный нами опыт, реализовался в разработку собственной индивидуально-рациональной тактики. Основными принципами которой являются — использование эндоскопических методов для достижения гемостаза и, таким образом, отказ от выполнения экстренных операций при поступлении больных, использование эндоскопического мониторинга и консервативной терапии для профилактики рецидива кровотечения и достижения стойкого гемостаза, выполнение экстренных операций только при неэффективности эндоскопических манипуляций и при сохраняющемся высоком риске вероятности развития рецидива кровотечения.

Обследование и лечение всех больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением начинаем с выполнения ургентного эндоскопического исследования. При продолжающемся кровотечении применяем комбинацию эндоскопических способов гемостаза — инфильтрационные методы, различные виды электрокоагуляции, термокаутеризация, аргоно-плазменная коагуляция. При их неэффективности на протяжении получаса, а также у пациентов, которые находятся в шоковом состоянии и имеют признаки продолжающегося кровотечения, выполняем экстренное оперативное вмешательство. При крайне тяжелом состоянии пациента, когда выполнение ургентной эндоскопии невозможно и отсутствуют клинические признаки продолжающегося кровотечения, больные госпитализируются в отделение интенсивной терапии, где проводится инфузионная корригирующая терапия. При стабилизации гемодинамических показателей выполняем ургентное эндоскопическое исследование с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике лечения больного. При достижении хотя бы временного гемостаза и у больных, со спонтанно остановленным кровотечением, проводим комплекс мероприятий, направленных на профилактику повторного кровотечения. Он включает эндоскопические способы профилактики рецидива кровотечения, аналогичные описанным выше, инфузионную терапию кровопотери, а также противоязвенное лечение, включающее: блокаторы протонной помпы (омез, нексиум, контролок), антацидные и обволакивающие препараты (фосфолюгель, маалокс, вентер).

Обязательно определяем степень риска вероятности рецидива кровотечения. На основании проведенных исследований по выявлению факторов ненадежного гемостаза и их значимости, а так же с целью удобства практического использования, нами разработана и внедрена бальная оценка вероятности повторного кровотечения. При этом мы выделяем три степени риска развития рецидива кровотечения — незначительная, умеренная и высокая.

У больных с незначительной степенью риска рецидива кровотечения контрольно-лечебные эндоскопии выполняем через 10-12 часов, с умеренным — через 8-10 часов, с высоким — контрольно-лечебные эндоскопии выполняются через 3-4 часа. При сохранении высокого риска вероятности рецидива кровотечения, выполняем отсроченную операцию в течение 8-12 часов с момента поступления больного, после проведения кратковременной предоперационной подготовки. В других случаях проводится эндоскопическая и медикаментозная профилактика рецидива кровотечения.

В тех случаях, когда во время контрольно-лечебного эндоскопического исследования выявляется рецидив кровотечения и отсутствуют явления геморрагического шока, считаем показанным использование той же тактики, которая применяется у больных, поступающих с продолжающимся кровотечением. Если же рецидив кровотечения сопровождается геморрагическим шоком, прибегаем к экстренному оперативному вмешательству с проведением интенсивной терапии на операционном столе.

При определении показаний к операции и выбору способа хирургического вмешательства обязательно определяем степень операционного риска. При первой степени операционного риска возможно выполнение радикального вмешательства, при второй — паллиативная операция, при третьей степени оперативное вмешательство не выполняется, так как послеоперационная летальность достигает 100%.

Основным методом лечения больных с кровотечениями из острых язв и эрозий пищеварительного канала и синдроме Маллори — Вейса считаем консервативный с обязательным эндоскопическим гемостазом и профилактикой рецидива кровотечения, коррекцией основной патологии и кровопотери, антисекреторные, обволакивающие и антацидные препараты, стимуляторы репаративных процессов. В редких случаях, при отсутствии эффекта от комплексного лечения выполняем экстренное оперативное вмешательство — иссечение острой язвы или трещины слизистой оболочки.

Консервативный метод лечения используем и у больных с синдромом портальной гипертензии. С целью гемостаза при продолжающемся кровотечении применяем зонд Блекмора, а эндоскопическую склерозирующую терапию проводим после остановки кровотечения, стабилизации состояния больного, дополняя ее постановкой зонда-обтуратора после выполнения манипуляции. С целью снижения давления в портальной системе применяем: сандостатин или октрестатин (октреотид). В комплекс лечения включаем антисекреторные, обволакивающие и антацидные препараты. С момента поступления проводим коррекцию кровопотери и профилактику развития острой печеночной недостаточности. При неэффективности комплекса консервативных мероприятий показана экстренная операция. Операцией выбора является прошивание кровоточащих вен кардиального отдела желудка и пищевода.

В основе лечения больных с кровоточащими опухолями пищевода, желудка и 12-перстной кишки лежит проведение эндоскопического мониторинга с профилактикой рецидива кровотечения, на фоне корригирующей медикаментозной терапии. В лечении опухолей толстой кишки основная роль принадлежит медикаментозному лечению. Оперативному лечению подлежат все случаи кровоточащих опухолей, за исключением пациентов, у которых операционный риск достигает крайней степени. Показания к экстренному оперативному вмешательству выставляются при: профузном кровотечении, не поддающемся эндоскопической остановке; длительно (36 часов и более) сохраняющемся высоком риске развития рецидива кровотечения; подозрении на опухоль тонкой кишки и имеющихся признаках продолжающегося кровотечения.

Вопрос лечебной, в том числе и хирургической, тактики решается хирургом при участии анестезиолога и эндоскописта. При этом учитываются характер патологического процесса, надежность гемостаза, эффективность консервативных, в том числе эндоскопических, способов гемостаза, вероятность рецидива кровотечения, степень выраженности нарушений гомеостаза, вызванная кровопотерей и основным заболеванием.

Применения индивидуально-рациональной тактики позволило добиться стойкого гемостаза у 90,4% больных. Причем, у пациентов с незначительной степенью риска развития рецидивного кровотечения эффективность составляла практически 100%, с умеренным — 98%, а с высоким — 93%. В настоящее время мы не выполняем операции при продолжающемся кровотечении, пациенты оперируются в отсроченном порядке, а общее число оперированных больных не превышает 7-7,5%. Общая летальность снизилась до 5,4%, а послеоперационная до 5,3%.

Выводы

1. Концентрация больных с кровотечениями в просвет пищеварительного канала в специализированных центрах имеющих в своем составе хирургическое, эндоскопическое и анестезиологическое отделения с койками интенсивной терапии, оснащенные необходимой лечебно-диагностической аппаратурой, способствует улучшению качества оказания помощи больным с этой тяжелой патологией.
2. Разработанная и примененяемая в клинике тактика лечения больных с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала, в основу которой положена степень риска развития рецидива кровотечения и операционного риска, в сочетании с полноценной консервативной терапией, позволяет, в большинстве случаев, избежать оперативных вмешательств на высоте продолжающегося и рецидивного кровотечения, снизить летальность до 5,3-5,4% и создает условия для подготовки больного к плановому оперативному лечению.

Литература

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. (1997) Современные подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. Анналы хирургии.1: 40-46
2. Комаров Ф.И., Лисовский В.А., Борисов В.Г. (1999) Острый живот и желудочно-кишечные кровотечения в практике терапевта и хирурга. (Москва).
3. Кондратенко П.Г., Элин А.Ф., Хаитов С.В. (1994) Понятие "ненадежный гемостаз" в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений. Тезисы докладов юбилейной конференции, посвященной 75-летию проф. Л. Г.Завгороднего. (Донецк). 51-52
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. (2000) Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 3: 21-25
5. Поташов Л.В., Алиев М.А., Седов В.М., Нурмаков А.Ж. (1982) Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв. (Алма-Ата).
6. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С, и др. (1997) Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. (Ровно). 384 с.
7. Совцов С.А., Кушниренко О.Ю., Подшивалов В.Ю., Эрдман З.В., Иванова Н.А. (2001) Принципы оказания хирургической помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова. 12: 63-64

ФАКТОРИ РИЗИКУ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

Фомін П.Д., Запорожан С.Й.

Національний медичний університет ім. Акад. О.О. Богомольця, Київ
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Factors of Risk Lethality at Patients with the Gastrodouodenalnimi Bleeding of Ulcerous Genesis

P.D. Fomin, S.Y. Zaporogan

National medical university of O.O. Bohomolets, Kiev
Ternopil state medical university of I.Y.Gorbachevsky

Summary

In the given article the results of analysis are given 130 histories of illnesses of the patients of the specialized surgical permanent establishment, hospitalized concerning the gastrointestinal bleeding of ulcerous genesis and date of material sectional. The factors of risk of lethality are explored at patients with the upper gastrointestinal bleeding.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, factors of lethality risk.

Вступ

Виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки (ДПК), одне з найпоширеніших захворювань, яким хворіють люди молодого, працездатного та похилого віку [1,2,4-6].

В 15% пацієнтів вона ускладнюється гастродуоденальними кровотечами. Летальність від шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу залишається високою і становить за даними різних авторів від 4% до 14% [1-3,7-9]. В зв'язку з поширенням виразкової хвороби, відсутністю тенденцій до зменшення ускладнень це захворювання набуває соціального характеру [4,7,8].

Проблема шлунково-кишкових кровотеч постійно знаходиться під увагою хірургів, широко всебічно висвітлюється в публікаціях, але в той час порівняно мало робіт, присвячених вивченню причин летальності від цього захворювання, результати досліджень яких могли б слугувати покращенню результатів лікування гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу [1-3,10].

Для поглибленого вивчення проблем гастродуоденальних кровотеч на тлі виразкової хвороби може слугувати поетапний метод вивчення і порівняння клінічних результатів та даних секційного матеріалу.

Метод дає можливість в повній мірі переконатися в допущених лікарем діагностичній, тактичній чи лікувальній помилці, виявити (часом скриті) при житті пацієнта особливості його захворювання, без яких неможливо провести глибокий аналіз летальності.

Таблиця 1. *Розподіл хворих за віком і статтю*

Вік хворих (роки)	Число спостережень		Чоловіки		Жінки	
	N	%	N	%	N	%
21-60	35	26,9	25	19,2	10	7,7
61-95	95	73,1	56	43,1	39	30

Матеріали та методи

В процесі дослідження нами проаналізовано і піддано статистичному аналізу історії хвороб та секційний матеріал прозектур Київського міського центру шлунково-кишкових кровотеч з 1999 по 2005 рр. Матеріал включає дані результатів лікування 130 пацієнтів, які померли від гастродуоденальних кровотеч на тлі виразкової хвороби шлунку і ДПК.

Серед хворих виразковою хворобою чоловіків було 81 (62,3%), а жінок — 39 (37,7%). У віці 61-95 років померлих чоловіків було 56 (43,1%), а жінок — 30 (30%). Пацієнтів працездатного віку (21-60 років) серед померлих з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу спостерігали 35 (26,9%), в старого і похилого віку (61-95 років) — 95 (73,1%).

При дослідженні термінів госпіталізації хворих з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу в спеціалізований хірургічний стаціонар виявлено, що 123 хворих (94,6%) госпіталізовано в терміни 24 години — 5 діб з моменту клінічного прояву кровотечі, і лише 7 пацієнтів (5,4%) — до 24 годин з моменту захворювання

Із 130 померлих пацієнтів від гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу у 125 пацієнтів (96,2%) діагностовано хронічні виразки шлунку, а в 5(3,8%) — гострі, які локалізувалися в ДПК. В тому числі, у 31 пацієнта (23%) діагностовано одинокі виразки(один виразковий дефект), а в 99 (77%) — множинні (два і більше виразкових дефекти).

Частіше виразки, що ускладнились кровотечею зустрічались у шлунку та у шлунку + ДПК — у 66 хворих (52,8%), а у ДПК — 59 хворих (47,2%).

За розмірами виразки коливались від 0,7 см до 5 см в діаметрі. Відмічено, що виразки в діаметрі 1,1-5см зустрічались частіше в осіб старого і похилого віку (табл. 3).

Шлункові виразки частіше спостерігались в антральному відділі шлунку у 43 хворих (65%), на малій кривині у 19 хворих — 28,7%, а у 4 хворих (6,3%) на задній стінці шлунку.

З 59 хворих з дуоденальною виразкою у 52 (88%) виразка знаходилась на задній стінці ДПК, а у 12 пацієнтів (12%) — на передній верхній стінці.

Таблиця 2. *Локалізація хронічних виразок*

Локалізація	Виразкові хвороба			
	Одинокі виразки	2 і > виразок	Всього пацієнтів	
			Число	%
Шлунок	30	22	52	41,6
ДПК	49	10	59	47,2
Ш+ДПК	4	10	14	11,2

Серед 130 хворих, які лікувались з приводу виразкової хвороби шлунку і ДПК, ускладнених кровотечею у 117 (90%) хворих проводилась консервативна терапія, а в 13 (10%) пацієнтів виконано оперативне втручання (табл.4). Із 13 прооперованих пацієнтів у 6 випадках використано резекційні методи (резекція шлунку за Більрот I — 2 хворим, резекція шлунку за Більрот II — 4 хворим), органозберігаючі операції проведено у 5 хворих (СПВ+ПП за Фінеєм — 2 хворим, ТВ+ПП за Гейнеки-Микуличем — 3 хворим). У двох пацієнтів виконано гастротомію з прошиванням кровоточивої виразки.

Результати та їх обговорення

Спробуймо проаналізувати фактори ризику летальності 130 пацієнтів, які померли від гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу у віці від 21 до 95 років, з них чоловіків 81 (62,3%), жінок — 39 (37,7%), працездатного віку (21-60 років) — 35 (9%), а старого і похилого віку — 95 (73,1%). Кількість померлих пацієнтів в старому і похилому віці вдвічі переважає кількість осіб молодого і працездатного віку.

Наявність важкої супутньої патології з сторони серцево-судинної, дихальної, ендокринної систем, онкологічних захворювань у 117 пацієнтів було протипоказом до оперативного втручання та причиною розвитку гострої серцево-судинної недостатності, тромбоемболії, печінково-легеневої недостатності, порушень ендокринної функції органів, кахексії .

Більшість пацієнтів — 123 (64,6%) з гастро-дуоденальними кровотечами госпіталізовано в пізні терміни (24 години — 5 діб), що стало причиною розвитку важкої анемії яка важко піддавалась корекції і була однією з причин летальності у 49 хворих (37,7%).

Відмічено, що у групі осіб старого і похилого віку (61-95 років) розміри виразкового дефекту 1,1-5см зустрічались у 85 осіб. Великі розміри виразки затруднювали проведення ендоскопічного гемостазу та унеможливлювали отримання очікуваного ефекту від консервативної терапії.

Оперативні втручання проведено у 13 пацієнтів, з них органозберігаючі — у 7 (5,4%), а резекційні — у 6 пацієнтів (4,6%).

Висновки

Виходячи з аналізу проведених досліджень, можна зробити наступні висновки, що факторами ризику летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечами є:

1. Старий і похилий вік хворих (61-95 років).
2. Важка супутня патологія (захворювання серцево-судинної, ендокринної, легеневої, гепато-біліарної систем, онкологічні захворювання).
3. Пізні терміни госпіталізації (через 24 години — до 5 діб з моменту захворювання).
4. Великі розміри виразкового дефекту (1,1-5 см).
5. Наявність множинних кровоточивих виразів.

Література

1. Горбашко А.И. (1986) Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. Вестник хирургии им. Грекова.6: 16-21
2. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. (1996) Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. (Москва).
3. Котович Л.Е. с соавт. (1986) О причине смерти больных с язвенной болезнью желудка и 12-п. кишки. Регуляторно-приспособительные механизмы в норме и патологии. 68-80
4. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., и др. (2002) Материалы XX съезда хирургов Украины. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996 — 2001 гг.). (Киев) 67 с.
5. Blatchford O., Davidson L.A., Murray W.R., et al. (1997) Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. BMJ. 315: 510-514
6. Brunner G., Chang J. (1990) Intravenous therapy with high doses of ranitidine and omeprazole in critically ill patients with bleeding peptic ulcerations of the upper intestinal tract; an open randomized controlled trial. Digestion. 45: 217-225
7. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. Gastroenterology. 102: 139-148
8. Katschinski B., Logan R., Davies J., et al. (1994) Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig. Dis. Sei. 39; 8: 706-712
9. Rockall T.A., A Logan R.F., Devlin H.B et al. (1996) Risk assessment after acuteupper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 38; 2: 316-321
10. Yavorski R.T., Wong R.K., Maydonovitch C. et al. (1995) Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am. J. Gastroenterolog. 90: 568-573

Таблиця 3. *Розміри виразкового дефекту і вік хворих*

Розміри виразки	Вік							
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-95
0,7-1см	-	2	3	4	5	4	1	-
1,1-5см	2	3	10	11	32	33	14	6

Таблиця 4. *Види операцій та причини смерті*

Причини смерті	Неоперовані хворі		Оперовані хворі					
			Резекційні методи		Органозберігаючі операції		Прошивання і перев'язка магістральних судин	
	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Постгеморагічна анемія	49	37,7	-	-	-	-	2	1,5
Гостра ЕСН	38	29,2	4	3,1	1	0,8	-	-
Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)	3	2,3	1	0,8	2	1,5	-	-
Печінково-легенева недостатність	7	5,4	-	-	2	1,5	-	-
Кахексія	8	6,1	1	0,8	-	-	-	-
Цукровий діабет	12	9,2	-	-	-	-	-	-

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Тутченко М.І., Бабій В.П.

НМУ ім. О.О.Богомльця, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ

Гострі шлунково-кишкові кровотечі можуть бути ускладненням більш ніж 100 різних захворювань. Найбільш частими з них є кровотечі з хронічних гастродуоденальних виразок (61,7%), кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу при синдромі портальної гіпертензії (17,2%), а також геморагічний ерозивний гастрит, синдром Меллорі-Вейсса, виразка Деллафуа (12,0%), кровотечі із злоякісних пухлин шлунку (9,1%). Не дивлячись на широке використання сучасних противиразкових препаратів кількість ускладнень виразкової хвороби в останні роки не зменшується [1-6].

Матеріали та методи

Ми маємо 18-річний досвід лікування 10138 хворих із шлунково-кишковими кровотечами. Розподіл хворих в залежності від причини кровотечі показано в таблиці 1.

Результати та їх обговорення

До 1998 р. включно ми віддавали перевагу активній хірургічній тактиці при шлунково-кишкових кровотечах. Хірургічна активність становила 29-38%. За цей час було прооперовано 1164 хворих з летальністю 5,3%.

Сучасні ендоскопічні методи зупинки кровотечі і ефективні препарати для лікування виразкової хвороби схилили чашу терезів в бік консервативної тактики. Починаючи з 1999 р. хірургічна активність почала зменшуватись і в 2005 р. становила 6,7%, а летальність зросла до 19,3%, що пояснюється виконанням оперативних втручань в умовах рецидивуючої кровотечі. Динаміка хірургічної активності та летальності при виразкових кровотечах показана в таблиці 2.

Операцію вибору при кровотечах з хронічних виразок 12-ти палої кишки рахували висічення виразок з дуоденопластикою, а у людей молодого і середнього віку операцію завершували селективною проксимальною ваготомією. При кровотечі з виразки шлунку операцію вибору була його резекція. Характер оперативних втручань у хворих з виразковими кровотечами представлені в таблиці 3.

При кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу на фоні портальної гіпертензії віддавали перевагу консервативній терапії, склеротерапії та кліпуванню.

В 7 випадках при неефективності консервативних та ендоскопічних методів зупинки кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу виконали операцію Таннера-Паціори. Чотирьом хворим після зупинки кровотечі з вен стравоходу у відстроченому порядку виконано сплено-ренальне шунтування. Хворі виписані із стаціонару в задовільному стані.

Використання досягнень сучасної патогенетичної консервативної терапії, ендоскопічної техніки дозволило нам знизити летальність при кровотечах із варикозно розширених вен стравоходу із 54,2% до 41,4%.

Таблиця 1. *Розподіл хворих в залежності від причини кровотечі (1988-2005 рр.)*

Причина кровотечі	Кількість хворих	%
Хронічні гастродуоденальні виразки	6255	61,7
Синдром портальної гіпертензії	1744	17,2
Геморагічний ерозивний гастрит, синдром Меллорі-Вейсса, виразка Деллафуа	1216	12,0
Кровотечі із пухлин шлунку	923	9,1
Всього	10138	100

При кровотечі, що продовжується з гострих виразок, використовували електрокоагуляцію, аргоноплазменну коагуляцію, механічний гемостаз.

Дуже рідко, на початку роботи лікарні, в 12 випадках із більше ніж тисяча хворих із синдромом Меллорі-Вейсса, коли були неефективні всі консервативні та ендоскопічні методи зупинки кровотечі, виконували гастротомію з прошиванням лінійного розриву слизової кардіального відділу.

Ми маємо в своєму розпорядженні досвід лікування 923 хворих із кровотечами з пухлин шлунку. При крововтраті середнього ступеню важкості із злоякісних пухлин шлунку використовували ендоскопічні методи місцевого гемостазу на фоні загальної гемостатичної терапії, відновлення крововтрати та інтенсивного спостереження. Рецидив кровотечі при всіх обставинах служив показом до проведення невідкладного (по відношенню до факту рецидиву кровотечі) оперативного втручання з метою кінцевого гемостазу.

Кровотечі, обумовлені деструкцією злоякісних пухлин шлунку, не завжди свідчать про інкурабельність захворювання. Так із 923 хворих раком шлунку різної локалізації оперовано 443 (47,9%). У 354 (79,9%) хворих виконані радикальні операції. У випадку неоперабельності або нерезектабельності пухлини у 89 хворих виконали перев'язку позаорганних судин, кровопостачаючих ділянку геморагічного джерела, яку доповнювали гастротомією і гемостатичним втручанням безпосередньо на джерелі кровотечі. Характер оперативних втручань представлений в таблиці 4. Післяопераційна летальність становила 19,3%, а загальна — 23,4%.

Висновки

Використання сучасних схем противиразкової терапії, досягнень ендоскопічного гемостазу призвели до зменшення в останні роки хірургічної активності при виразковій хворобі шлунку та ДПК, ускладненій кровотечею з 38,3% до 6,7%.

Таблиця 2. *Динаміка хірургічної активності та летальності при виразкових кровотечах*

Роки	Поступило	Оперовано	Хірургічна активність %	Померли	Летальність %
1988	276	103	37,32	7	6,79
1989	273	84	30,77	5	5,95
1990	227	87	38,33	6	6,89
1991	309	90	29,13	9	10
1992	312	104	33,33	3	2,88
1993	432	146	33,79	5	3,42
1994	369	120	32,52	3	2,5
1995	426	160	37,56	7	4,37
1996	325	105	32,31	6	5,71
1997	229	77	33,62	8	10,39
1998	235	88	37,44	3	3,4
1999	298	77	25,84	1	1,29
2000	376	79	21,01	1	1,26
2001	414	35	8,45	1	2,86
2002	394	53	13,45	5	9,43
2003	431	52	12,1	4	7,69
2004	466	40	8,6	5	12,5
2005	463	31	6,7	6	19,3
Всього	6255	1531	24,5	85	5,5

Зростання післяопераційної летальності при виразкових кровотечах до 19,3% пояснюємо тим, що оперуються хворі на висоті другого, або третього рецидиву кровотечі, у яких використані всі можливості консервативного та ендоскопічного лікування.

Геморагічний ерозивний гастрит, синдром Меллорі-Вейсса, кровотечі з гострих виразок добре піддаються консервативному та ендоскопічному лікуванню і не потребують хірургічного.

В 38,3% випадків хворі із злоякісними пухлинами шлунку, ускладненими кровотечею можуть бути прооперовані радикально.

Таблиця 3. *Характер оперативних втручань у хворих з виразковими кровотечами*

Операція	Кількість хворих	%
СПВ, висічення виразки, дуоденопластика	673	43,9
Резекція шлунку	272	17,8
Висічення виразки, дуоденопластика	504	32,9
Прошивання кровоточивих виразок	48	3,2
Висічення виразки, гастропластика	34	2,2
Всього	1531	100

Література

1. Лосев Р.З., Чирков Ю.В. (1996) Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв. Вестник хирургии им. Грекова. 6: 28-31
2. Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г.. (2002) Современные методы лечения язвенной болезни. (Київ). "Здоров'я". 93 с.
3. Фомін П.Д., Братусь В.Д. (1998) Проблеми гострих шлунково-кишкових кровотеч. Проблемы медицины. 2: 12-15
4. Шептулин А.А. (1995) Язвенная болезнь с локализацией в желудке-консервативная терапия или хирургическое лечение? Хирургия. 2: 9-12
5. Fletcher DR. (1997) Peptic disease: can we afford current management? Australian & New Zealand Journal of Surgery. 67; 2-3: 75-80
6. Legrand MJ. Jacquet N. (1996) Surgical approach in severe bleeding peptic ulcer. Acta Gastroenterologica Belgica. 59; 4: 240-244

Таблиця 4. *Характер оперативних втручань у хворих з кровотечами із злоякісних пухлин шлунку*

Операція	Кількість хворих	%
Гастректомія	78	17,6
Субтотальна резекція шлунку	276	62,3
Паліативна операція	89	20,1
Всього	443	100

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Фомин П.Д., Никишаев В.И.*, Задорожний А.М.*

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Киев*

Вопросы диагностики и лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) все еще остаются одними из актуальных в современной хирургии. Особое внимание следует уделить кровотечениям язвенной этиологии, так как они составляют большую часть всех причин ЖКК, и являются наиболее тяжелым и опасным осложнением гастродуоденальных язв (ГДЯ). По данным разных авторов [3-6, 9], кровотечение возникает у 15-30% больных с ГДЯ, а летальность при остром ЖКК язвенной этиологии по-прежнему остается высокой — от 4% до 14% [11,12,15], что обусловлено, прежде всего, поздней госпитализацией [8], рецидивом кровотечения [1,10,13,14] и ошибками в организации помощи больным этой категории.

Результаты лечения больных с ЖКК в Украине и в .Киеве в 70-х годах были малоутешительными. В 1981 г. в Киеве под руководством член-корреспондента АМН Украины, профессора В.Д. Братуся был организован центр по оказанию неотложной помощи больным с ЖКК. В первый же год его существования общая летальность по городу снизилась более чем в четыре раза. Это послужило своеобразным толчком в создании подобных центров во всех областях Украины, что существенным образом сказалось на результатах лечения больных с ЖКК.

Нами проведен анализ результатов оказания помощи больным с ЖКК в Киевском центре и КГК БСМП по трем периодам, которые соответствовали этапам развития и внедрения эндоскопических методов гемостаза:

I период (1982-1993 гг.) — лечение больных с ЖКК преимущественно хирургическими методами. В этот период в практику вводятся методы миниинвазивных эндохирургических вмешательств (МЭВ) (аппликационные методы воздействия на кровоточащий источник гемостатическими или пленкообразующими полимерами, различные виды электрокоагуляции). Несмотря на успехи в эндоскопической остановке кровотечения хирурги продолжали считать эндоскопический гемостаз временным и при отсутствии противопоказаний больных с продолжающимся кровотечением, даже после успешного эндоскопического гемостаза, и наличием крупных тромбированных сосудов и сгустков крови в язве оперировали экстренно или по неотложным показаниям. Этот период соответствовал активной хирургической тактике. Количество операций выполняемых на высоте кровотечения снизилось с 60,6% до 15% от всех операций, но общая хирургическая активность не претерпела существенных изменений, хоть и отмечалось ее незначительное снижение. В среднем она составила 46,4%. В этом периоде разрабатывались и совершенствовались методы лечения геморрагического шока, а в оперативном лечении язвенных больных — органосохраняющие операции на основе ваготомии. В I периоде общая летальность составила 4,4%: послеоперационная — 3,6% и 5,1% — среди не оперированных.

II период (1994-1998 гг.) — активной эндоскопической тактики с обязательным применением МЭВ в лечении больных с ЖКК, разработка новых способов эндоскопического гемостаза и эндоскопического мониторинга. В это время уже имелась единая доктрина ведения больных с ЖКК — объединились усилия различных специалистов, таких как хирурги, эндоскописты, анестезиологи, когда коллегиально решался вопрос о выборе того или иного метода лечения больных с кровотечением. Анализ результатов лечения больных показал, что во II периоде наблюдений достоверно снизилось ($p<0,001$) общее количество операций при язвах по сравнению с I периодом, соответственно с 46,4% до 34,7%. Применение МЭВ во II периоде наблюдений позволило статистически достоверно ($p<0,001$) снизить в структуре операций их количество выполняемых на высоте кровотечения с 15% до 2,2% по сравнению с I периодом. Однако количество операций, выполненных на высоте РК во II периоде наблюдений достоверно ($p<0,001$) было больше, чем в I периоде. Общее количество экстренных операций, выполненных на высоте продолжающегося кровотечения и высоте РК было достоверно ($p<0,001$) меньше во II периоде чем в I. Во II периоде стало больше операций, выполненных в отсроченном периоде ($p<0,001$). Во II периоде общая летальность составила 4,4%: послеоперационная — 4,9% и 4,2% — среди не оперированных. Несмотря на произошедшие изменения в общем количестве операций и времени их выполнения, достоверных изменений в общей летальности, летальности среди оперированных и не оперированных больных по сравнению с I периодом не наступило.

Таблица 1. *Показатели экстренной помощи больным с кровоточащими ГДЯ (Украина)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1	17755	18298	19405	19678	24904	24728	20671	20223	21447	21439
2	4675	4224	4518	3969	4451	4308	3208	3122	2911	2725
3	29,25	27,38	25,02	24,02	20,13	16,95	18,36	15,12	14,15	12,75
4	9,9	9,35	9,1	8,8	8,6	7,59	6,39	6,5	5,22	6,86
5	4,6	4,3	4,1	3,5	4,6	3,3	2,8	2,8	2,4	2,8
6	3,48	3,61	3,9	3,9	5,04	5,04	4,28	4,23	4,52	4,55

* по данным центра медицинской статистики МОЗ Украины

1 — доставлено в стационар с ЖКК (абсолютные числа); 2 — количество операций при ЖКК (абсолютные числа); 3 — хирургическая активность при ЖКК (%); 4 — послеоперационная летальность при ЖКК (%); 5 — общая летальность при ЖКК (%); 6 — доставлено в стационар с ЖКК на 10 тыс. населения.

III период (с 1999 г.) — характеризуется проведением активной эндоскопической тактики с обязательным проведением МЭВ у больных не только с активным кровотечением, но и наличием стигмат — тромбированный сосуд (FIIA) и фиксированный сгусток (FIIB) с последующим проведением эндоскопического мониторинга [7.]. К экстренным операциям прибегали при невозможности эндоскопической остановки кровотечения, а неотложные — при высоком риске РК. В этом периоде наблюдений МЭВ были проведены у 42,4% больных с кровоточащими ГДЯ и им было произведено в среднем 3,2 МЭВ на 1 человека во время проведения мониторинга. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось 1,2% пациентов. Применение эндоскопического мониторинга в III периоде наблюдений позволило достоверно снизить общее количество операций при ГДЯ по сравнению с II ($p<0,0001$) и I ($p<0,00001$) периодами, с 46,4% и 34,7% до 17,6% соответственно. Применение МЭВ в III периоде наблюдений позволило статистически достоверно ($p<0,001$) снизить с 15% до 1% число операций на высоте кровотечения, по сравнению с I периодом, но количество операций на высоте кровотечения в III периоде наблюдений достоверно не отличалось от количества их во II периоде. Однако количество операций выполненных на высоте РК в III периоде наблюдений достоверно ($p<0,01$) было меньше, чем во II периоде и существенно не отличалось от I. В целом общее количество экстренных операций на высоте продолжающегося кровотечения и высоте РК достоверно было меньше в III периоде чем в I ($p<0,0001$) и II ($p<0,001$) периодах. В III периоде стало достоверно больше отсроченных операций по сравнению с I ($p<0,0001$) и II ($p<0,001$) периодами. Общая летальность в III периоде составила 1,8%: после операции — 1,6% и 1,9% среди не оперированных больных. Таким образом, в III периоде достоверно произошло снижение общей летальности по сравнению с I ($p<0,001$) и II ($p<0,001$) периодами. Показатели летальности среди не оперированных больных достоверно снизилась по сравнению с I ($p<0,001$) и II ($p<0,01$) периодами. Летальность среди оперированных больных в III периоде была ниже чем I и II периодах, однако различия оказались достоверными только со II периодом ($p<0,05$).

Такая же тенденция, в общем, отмечалась и в большинстве областных центров по лечению больных с ЖКК. За последние 10 лет в Украине при увеличении доставляемых в стационары больных с кровоточащими ГДЯ (см. таблицу 1), отмечалось существенное снижение количества операций (с 4675 до 2725) и, соответственно, хирургической активности (с 29,25% до 12,75%). При этом необходимо отметить снижение послеоперационной летальности с 9,9% до 6,8% и, соответственно, общей летальности с 4,6% до 2,8%.

Безусловно, результаты лечения больных с язвенными кровотечениями в Украине имеют четкую тенденцию к улучшению, что обусловлено как концентрацией больных в специализированных центрах, совершенствованием методов эндоскопического гемостаза, так и современным медикаментозным обеспечением этих больных.

По нашему мнению, результаты лечения больных с ЖКК можно еще улучшить за счет более четкой организации оказания помощи этим больным и современным оснащением центров эндоскопической аппаратурой.

Одним из критериев улучшения хирургической помощи больным с язвенными кровотечениями является узкая специализация, к чему стремятся развитые страны запада — оказание высокоспециализированной медицинской помощи.

На примере двух лечебных учреждений Киев можно понять основные организационные принципы оказания неотложной помощи больным с ЖКК. Мы проанализировали результаты лечения больных с кровотечением в КГКБ № 12 и в КГК БСМП (см. таблицу 2). При практически одинаковых результатах лечения больных с кровотечением из ГДЯ в этих двух лечебных учреждениях, в 1999-2001 гг. произошло резкое снижение ле-

Таблица 2. *Некоторые показатели оказания помощи при кровоточащих ГДЯ в КГКБ № 12 и КГК БСМП***

Года	КГКБ № 12					КГК БСМП				
	N	хир. акт.	п/о летал.	летал. неоп.	общ. летал.	N	хир. акт.	п/о летал.	летал. неоп.	общ летал.
1996	642	39,9	4,7	4,92	4,83	325	32,3	5,7	4,1	4,62
1997	706	36,8	4,2	5,38	4,96	229	33,6	10,4	1,97	4,8
1998	694	31,4	2,3	3,57	3,17	235	37,5	3,4	4,76	4,26
1999	616	20,5	2,4	2,45	2,44	298	25,8	1,3	2,71	2,35
2000	1025	9,8	3	3,68	3,61	376	21	1,27	1,68	1,6
2001	752	10,1	5,3	1,04	1,46	414	8,45	2,9	1,58	1,69
2002	602	7,5	2,22	3,23	3,16	396	13,5	9,43	4,99	5,58
2003	694	9,8	1,47	2,88	2,74	431	12,1	7,69	2,9	3,48
2004	661	4,7	3,23	3,02	3,03	466	8,6	12,5	3,29	4,08
2005	868	2,5	9,09	1,89	2,07	463	6,7	19,35	4,86	5,83
2006***	927	3,45	6,25	2,12	2,26	490	4,7	13,04	2,57	3,06

** по данным городского научного информационно-аналитического центра медицинской статистики.

*** по данным статотделов КГКБ #12 и КГК БСМП.

N — количество больных, доставленных с язвенным кровотечением.

тальности и хирургической активности в КГК БСМП. Это было вызвано изменением организации оказания неотложной помощи больным с кровотечением, а именно с концентрацией больных в одном хирургическом отделении с конца 1998 года.

Данные результаты были обусловлены не только концентрацией, но и жестким выполнением эндоскопического мониторинга. Однако в последующем (с 2002г.) выделенное отделение прекратило свое существование как Центр кровотечений и больных начали госпитализировать в четыре хирургических отделения, что сразу же существенным образом сказалось на результатах лечения этих больных не только в КГК БСМП, но и во всем городе. Потребовалось несколько лет, чтобы результаты лечения больных с этой патологией улучшились.

Данный пример еще раз подтверждает слова член-корреспондента АМН Украины, профессора, доктора медицинских наук В.Д. Братуся: "известно, что если хирурги этим занимаются эпизодически, то даже в клиниках с высоко квалифицированным составом хирургов, ощутимых сдвигов достичь не удается" [2].

Таким образом, считаем целесообразным, больных с острым ЖКК концентрировать в одном хирургическом отделении являющимся специализированным центром по оказанию неотложной помощи больным с ЖКК, в крупной многопрофильной больнице, где круглосуточно работают специально подготовленные хирурги, врачи-эндоскописты, анестезиологи, имеется экспресс-лаборатория и пункт переливания крови.

Организация таких центров позволяет быстро анализировать накапливаемый опыт и на этой основе разрабатывать и внедрять в практику новые методы диагностики и лечения этих больных, не только оперативного, но и, прежде всего эффективного эндоскопического гемостаза с обязательным мониторингом, интенсивной противошоковой терапией и восполнения потери крови. Применение на этом фоне ингибиторов протонной помпы, антихеликобактерной терапии, создаст условия для значительного уменьшения количества неотложных операций, снижения не только послеоперационной, но и общей летальности при ЖКК язвенной природы. Вместе с тем эти центры должны быть оснащены современным эндоскопическим оборудованием, иметь аппаратуру для проведения всех видов МЭВ, необходимым медикаментозным обеспечением.

Лишь при выполнении всех перечисленных условий можно ожидать дальнейшего улучшения качества помощи больным с острым ЖКК.

За последние 10 лет в Украине отмечается прогрессивное увеличение болеющих язвенной болезнью (см. таблицу 3). Обращает на себя внимание и тот факт, что при этом количество плановых операций в абсолютных цифрах снизилось в 3,5 раза (с 6948 до 1890), при этом эта динамика наиболее четко прослеживается с 2000 года. Существенным моментом, по нашему мнению, повлиявшим на снижение количества плановых операций, было принятие в Маастрихта I (1998 г.), Маастрихта II (2000 г.) и Маастрихта III (2005 г.), что существенно улучшило результаты лечения больных с язвенной болезнью. Однако обращает на себя внимание не существенное снижение общего количества операций на 10 тыс. населения, хирургической активности и послеоперационной летальности при пептических язвах.

Таблица 3. *Некоторые статистические показатели оказания хирургической помощи больным с кровотечащими ГДЯ в Украине**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1	905176	914929	936919	948952	974099	1002392	1015105	1029989	1053441	1070750
2	23748	23374	23933	20384	21810	22499	16838	14914	15811	14814
3	6948	6400	5989	4897	4392	3814	3092	2256	2238	1890
4	16883	17043	18017	15571	17514	18774	13820	12735	13661	13023
5	28,91	27,09	24,72	23,61	19,7	16,56	17,92	14,61	13,6	12,09
6	4,65	4,62	н/д	н/д	4,41	4,59	3,49	3,12	3,33	3,15
7	4,45	3,95	н/д	н/д	3,92	3,62	3,25	3,51	3,14	3,62

* по данным центра медицинской статистики МОЗ Украины

1 — количество больных язвенной болезнью (абсолютные числа); 2 — общее количество операций при пептической язве; 3 — количество плановых операций (абсолютные числа); 4 — общее количество оперированных ургентно (кровотечения и перфорации); 5 — количество плановых операций в структуре всех операций; 6 — общее количество операций на 10 тыс. населения; 7 — послеоперационная летальность при всех видах оперативного лечения.

Многочисленные высказывания некоторых гастроэнтерологов, призывающих подавать в суд на хирурга, который оперирует пациента с язвенной болезнью в плановом порядке, некомпетентны. Все эти операции, выполненные в плановом порядке, говорят не о желании хирурга оперировать этих больных, а о неполучении этими пациентами адекватной медицинской помощи от гастроэнтерологов или о не обращении их за медицинской помощью. В течение последних 10 лет основным показанием для выполнения плановых операций остается стеноз выхода из желудка, который продолжает встречаться не только у жителей сельской местности, не охваченной специализированной медицинской помощью в достаточном объеме, но также и у жителей крупных городов. Если возникновение язвенного стеноза у жителей села можно каким-либо образом объяснить, то развитие такого осложнения у жителей городов, часть из которых находилась на лечении у гастроэнтерологов, говорит только о том, что не всегда проводится адекватное лечение этих больных гастроэнтерологами или терапевтами. Необходимо отметить, что высказывание некоторых гастроэнтерологов в прессе о том, что их лечение существенно повлияло на снижении плановых операций, не имеет под собой никакой базы. Ярким подтверждением этого является увеличение количества доставляемых в хирургические стационары больных с ЖКК на 10 тысяч населения.

Выводы

1. Больных с острым ЖКК необходимо концентрировать в одном хирургическом отделении, являющимся специализированным центром по оказанию неотложной помощи больным с ЖКК, в крупной многопрофильной больнице.
2. Центры по оказанию неотложной помощи больным с ЖКК должны быть оснащены современным эндоскопическим оборудованием, иметь аппаратуру для проведения всех видов МЭВ, необходимым медикаментозным обеспечением.
3. Все случаи попадания больных с пептическими язвами по неотложным показаниям в хирургические стационары должны рассматриваться комиссионно (совместно с гастроэнтерологами) для определения ошибок в ведении этих больных.

Литература

1. Бондаренко Н.М., Хапатько Г.Е., Барвинский В.Н., и др. (2001) Ранние рецидивные кровотечения язвенной этиологии. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 7-8
2. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 5-6
3. Васильєв Ю.В. (2002) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, и Helicobacter pylori. Consilium Medicum. 4; 7: 7
4. Геленко О.І., Подлєсний В.І., Ходатенко О.Г., Крижанівський О.А. (2006) Клінічні особливості ускладнених низько розташованих дуоденальних виразок. Сучасна гастроентерологія. 3: 30-33
5. Кондратенко П.Г., Раденко Є.Є., Соколов М.В., Смирнов М.Л. (2005) 20-річний досвід хірургічного лікування гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч. Шпитальна хірургія. 1: 118-121
6. Короткевич А.Г., Меншиков В.Ф., Крилов Ю.М. (1998) Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений при язвенной болезни (методические рекомендации для врачей курсантов). (Ленинск-Кузнецкий). 5 с.
7. Никишаев В.И. (2001) Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 30-31
8. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., и др. (2002) Материалы на XX съезд хирургов Украины. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996 — 2001 гг.). Киев. 67 с
9. Aabakken L. (2001) Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 33; 1: 16-23
10. Chung S.C.S., Leung J.W.C., Steele R.J.C., et al. (1988) Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers: a randomized trial. BMJ. 296: 1631-1633
11. Katschinski B., Logan R., Davies J., et al. (1994) Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci. 39; 8: 706-712
12. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.C. (1995) Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage in the United Kingdom. BMJ. 311: 222-226
13. Saeed Z.A., Ramirez F.C., Hepps K.S., et al. (1995) Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting the likelihood of rebleeding after endoscopic hemostasis of peptic ulcers. Gastrointest. Endosc. 41; 6: 561-565
14. Welch C.E., Rodkey G.V., Gryska P.A. (1986) Thousand operations for ulcer disease. Ann. Surg. 2; 204: 454
15. Wong S.K.H., Lau J.Y.W., Suen R.C.Y, Lam Y., Chan A.C.W., Chung S.C. (1999) Prediction of therapeutic failure with epinephrine injection and heat probe treatment in bleeding peptic ulcer. Gastrointest. Endosc. 49; 4

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМИ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ

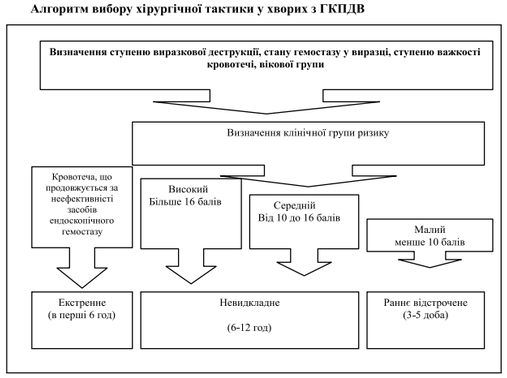
Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Козлов С.М., Ліссов О.І., Курбанов А.К.

Національний медичний університет ім. Акад. О.О. Богомольця, Кафедра факультетської хірургії #2, Київ

Вступ

Згідно з даними літератури, однією з особливостей клінічного перебігу кровоточивих пілородуоденальних виразок є схильність до рецидиву кровотечі. Особливо небезпечними вважаються ранні рецидиви виразкової кровотечі (РРВК), що виникають у термін від кількох годин до 3 4 діб з моменту госпіталізації пацієнтів в хірургічні стаціонари. Частота РРВК коливається, за даними різних авторів від 10% до 38% [1,3,5], і кожний наступний рецидив в умовах порушень гомеостазу спричинених первинною кровотратою, призводить до їх поглиблення, зламу механізмів регуляції та компенсації, погіршує стан пацієнта, збільшує необхідний для відновлення ОЦК обсяг інфузійно-трансфузійної терапії. Виконання екстреного хірургічного втручання в таких умовах супроводжується в декілька разів вищими показниками післяопераційних ускладнень та летальності [1,4]. Покращання результатів хірургічного лікування хворих з гострокровоточивими пілородуоденальними виразками (ГКПДВ) може бути досягнуто шляхом зменшення впливу такого фактору ризику як ранній рецидив виразкової кровотечі, ендоскопічних, лабораторних показників.

Алгоритм вибору хірургічної тактики у хворих з ГКПДВ



Матеріали та методи

З 1999 року в клініці впроваджено алгоритм вибору термінів хірургічного втручання з урахуванням клінічної групи ризику РРВК у хворих з ГКПДВ [2]. Дане дослідження проведене для оцінки ефективності розробленого алгоритму в умовах клінічного застосування. Проаналізовано результати лікування 744 хворих з ГКПДВ за приведеним алгоритмом за період 2004-2005 рр.

Віднесення пацієнта до певної групи ризику проводилося за результатами обчислення ризику РРВК, яке розраховувалось за прогностичною формулою:

Ризик **РРВК (в балах) = 3×X_1 + 2×X_2 + X_3 + X_4** (1), де:

X_1 — розмір виразки (X_1=1, якщо виразка(и) до 1 см, X_1=2, якщо від 1 до 2 см, X_1 =3, якщо перевищує 2 см);

X_2 — стан гемостазу у виразці (X_2=1, якщо стан гемостазу у виразці відповідає Forrest III, X_2=2, при Forrest IIc, X_2 =3, якщо Forrest IIa, X_2=4 при Forrest IIв);

X_3 — ступінь крововтрати за класифікацією В.Д.Братуся; (X_3=1, якщо визначено помірний ступінь, X_3=2, якщо середній, X_3=3, при важкому);

X_4 — вік хворого (X_4=1, якщо вік пацієнта не перевищує 60 років, X_4=2, якщо старше 60 років).

При обчисленні кількості балів за рівнянням (1) для хворих з малим ризиком виникнення РРВК вона складала <10, середнім — від 10 до 16, високим більше 16. Під час ендоскопічного дослідження виконувалися методики хімічної коагуляції та гідродіатермокоагуляції судин виразкового субстрату.

Результати та їх обговорення

Високий ризик РРВК визначено в 134 (18%) хворих (частота рецидиву в групі — 22,4%), середній ризик — в 236 (31,7%) з частотою рецидиву 2,3%. Серед 374 (50,3%) пацієнтів, які склали групу помірного ризику, рецидив кровотечі не спостерігався. Загальний показник РРВК склав 6,2%. Показники РРВК по групах на момент розробки прогностичної системи (1999 р.) відповідно складали: для високого ризику — 89,1%, середнього — 34,1%, малого — 5,6% при загальному показнику — 21,5%. Зниження частоти РРВК передусім пов'язуємо із застосуванням вдосконаленого алгоритму оптимізації хірургічної тактики. Поряд з виконанням невідкладних оперативних втручань для попередження РРВК підтверджено високу ефективність сучасних ендоскопічних методів гемостазу (хімічної коагуляції та гідродіатермокоагуляції), які застосовуються, згідно алгоритму, всім пацієнтам з нестійким гемостазом у виразці в групах високого та середнього ризику, а також ендоскопічного моніторингу ("second look") — переважно для групи високого ризику. Поєднання малоінвазивних методів з широким впровадженням високоефективної патогенетичної противиразкової терапії сучасними антисекреторними препаратами (ін'єкційні форми блокаторів Н2-гістамінових рецепторів, Н+- помпи) дозволили зменшити на 30,5% загальну оперативну активність при ускладненні ГКПДВ з 38-43% на момент розробки алгоритму до 7,5% в період 2004-2005 рр., а частка екстрених операцій на висоті рецидиву кровотечі зменшилась на 19,2% до 14% (33,2% на момент розробки алгоритму). Ендоскопічний моніторінг в групі високого ризику РРВК виконуємо не пізніше 4-6 год з моменту первинного ендоскопічного дослідження. Це дозволяє без погіршення прогнозу оцінити ефективність ендоскопічної та фармакотерапії, вчасно виявляти рецидиви кровотечі до маніфестних клінічних або гемодинамічних проявів. Вважаємо доцільним активно пропонувати невідкладне хірургічне втручання в перші 6-12 год для попередження рецидиву при збереженні ендоскопічної картини нестабільного гемостазу, а отже, і високого ризику РРВК. При позитивній ендоскопічній динаміці перераховується прогностична формула і в разі зміни групи ризику, наприклад, з "високого" на "середній" — проводиться комплексна відновлювальна, гемостатична та противиразкова терапія.

Висновки

1. Підтверджено адекватність розробленої експериментальної математичної моделі прогнозування раннього рецидиву виразкової кровотечі та обгрунтованість розподілу на клінічні групи ризику.
2. Вдосконалення алгоритму з долученням сучасних ендоскопічних малоінвазійних методів та фармакологічних засобів дозволило покращити результати лікування хворих з ГКПДВ, а саме — знизити на 30,5% кількість екстрених оперативних втручань в несприятливих умовах раннього рецидиву кровотечі з відповідним зниженням загальної (до 2,8%) та післяопераційної летальності (до 3,7%).
3. Використання наведеного алгоритму є доцільним при виборі лікувальної тактики в ургентній практиці хірургічних відділень.

Література

1. Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г., Соболь А.А. и др. (1994) Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненное тяжелой кровопотерей. Клин. хирургия. 8: 18-22
2. Фомин П.Д., Козлов С.Н. (1995) Оценка факторов риска при выборе хирургической тактики у больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами. Актуальні проблеми надання екстренної медичної допомоги при невідкладних станах. Матеріали наук.-практ. конф. (Київ). 69-70
3. Jaramillo J.L. Galvez C. Carmona C. et al. (1994) Prediction of further hemorrhage in bleeding peptic ulcer. American Journal of Gastroenterology. 89; 12: 2135-2138
4. Inadomi J., Koch J., Cello J.P. (1995) Long-term follow-up of endoscopic treatment for bleeding gastric and duodenal ulcers. Am. J. Gastroenterol. 90; 7: 1065-1073
5. Baer U., Diermann J., Erbe C. (1993) Die chirurgische Behandlung des blutenden Magen- und Duodenalulkus-Retrospektive Analyse uber einen Funfjahreszeitraum. Zentralbl. Chir. 118; 1: 30-35

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Шапринський В.О., Камінської О.А., Білошицький В.Ф., Павлик І.В.

Кафедра госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

A Risk Scores to Predict the Recurrent of the Gastrointestinal Bleeding of Ulcer Etiology

V.O. Shaprynsciy, I.V. Pavlyk, O.A. Kaminsciy, V.F. Biloshytsciy

Department of hospital surgery Vinnitca national medical university of M.I. Pyrogova, Ukraine

Summary

We investigate 317 patients on ulcer disease complicated with gastrointestinal bleeding. The main goal of our investigation were to identify patients at high risk for an adverse outcome on the basis of clinical, laboratory, and endoscopic variables. Clinical predictors of increased risk for rebleeding included age older than 60 years; shock; poor overall health status; comorbid illnesses; low initial hemoglobin level; melena; and fresh red blood on rectal examination, in the haematomesis. Several scoring systems have been developed to predict the risk of rebleeding or death in patients with upper gastrointestinal bleeding.

Key words: ulcer disease, acute recurrent gastrointestinal bleeding.

Вступ

Виразкова хвороба (ВХ) є найбільш частою причиною шлунково-кишкової кровотечі (ШКК) з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. В 80% проходить спонтанна зупинка кровотечі, без застосування яких небудь гемостатичних засобів. Однак в 20% пацієнтів незважаючи на проведенні медикаментозні та ендоскопічні гемостатичні мірпріємства виникає рецидив кровотечі [3, 8]. Лікування таких пацієнтів потребує затрати великих коштів, а результати не можна вважати успішними. Тому існує нагальна потреба швидкого виявлення хворих з високим ризиком рецидиву кровотечі з загального числа таких хворих, та проведення їм інтенсивної терапії направленої на попередження розвитку рецидиву кровотечі. Найбільш простим та швидким засобом виявлення таких хворих є їхній відбір шляхом оцінки наявності факторів ризику рецидиву кровотечі у них. Тому все вище перераховане стало підгрунтям до проведення такого дослідження.

Матеріали та методи

Нами досліджено 317 пацієнтів з виразковою хворобою ускладненою ШКК. Всі хворі були поділені на 2 групи: 1-ша група — хворі на виразкову хворобу ускладнену одним епізодом кровотечі (тобто рецидиву кровотечі у таких хворих не було (ВХ ШКК6Р)) — 95 хворих, та 2-га група хворих з виразковою хворобою ускладненою гострою рецидивною шлунково-кишковою кровотечею (ВХ ГРШКК) — 222 пацієнта. Друга група була поділена ще на 2 підгрупи: 2-а — хворі які одужали — 141 пацієнт, та 2-б — хворі з летальним наслідком — 81 хворий. На розвиток рецидиву ШКК виразкової етіології впливає багато факторів. Для визначення факторів ризику ШКК виразкової етіології ми проводили пофакторний аналіз чинників.

Ретроспективно вивчаючи історії хвороби хворих на ВХ ускладнену ШКК, що лікувалися в період з 1996 по 2003 роки на базі центру шлунково-кишкових кровотеч (клініка госпітальної хірургії) ми відбирали дані близько по 27 загальнодоступним факторам.

Таблиця 1. *Шкала Blatchford для прогнозування розвитку шлунково-кишкової кровотечі*

	Фактор ризику	Бали
Сечовина крові, ммоль/л	≥6.5 <8.0	2
	≥8.0 <10.0	3
	≥10.0 <25.0	4
	≥25.0	6
Гемоглобін, г/л, (для чоловіків)	≥120 <130	1
	≥120 <100	3
	<100	6
Гемоглобін, г/л, (для жінок)	≥120 <100	1
	≥100	6
Систолічний тиск, мм рт.ст	100-109	1
	90-99	2
	<90	3
Інші діагностичні маркери	Пульс ≥100/хв	1
	Мелена	1
	Колапс	2
	Захв печінки	2
	Серцева недостатність	2

Серед них достовірну різницю між різними групами пацієнтів, що вивчалися ми зафіксували тільки по 10 факторам. По таким факторам, як стать, група крові, довготривалість виразкового анамнезу, а також наявність ШКК в анамнезі або інших ускладнень ВХ достовірної різниці між групами, що вивчаються не було виявлено.

Результати та їх обговорення

При аналізі вікової структури пацієнтів, у віковому діапазоні до 60 років у обох групах пацієнтів було хворих на ВХ ГРШКК 58,5% (76) та хворих на ВХ ШКК6Р 80 (130) хворих. Тоді як пацієнтів старше 60 років у групі хворих на ВХ ГРШКК було в 2 рази більше в порівнянні з групою хворих на ВХ ШКК6Р, відповідно 41,5% (92) та 20% (19).

Оцінюючи відмінності в групах в залежності від локалізації виразки відмічається тенденція до збільшення питомої ваги ВХ шлунку в хворих з РГШКК (23,4%) в порівнянні з групою хворих з ШКК6Р (10,5%). А також зменшення питомої ваги ВХ ДПК в хворих з РГШКК (69,4%) в порівнянні з групою хворих з ШКК6Р (85,3%). Питома вага виразок ГЕА приблизно однакова у обох групах пацієнтів. А подвійна локалізація виразок у шлунку та ДПК одночасно спостерігалася тільки у групі пацієнтів на ВХ ускладнену ГРШКК. Оцінюючи більш точне розташування виразки при ВХ шлунку ускладненій ГРШКК виразки частіше локалізувалися в кардіальному відділі в порівнянні з групою хворих на ВХ ШКК6Р відповідно 15,4% проти 0%, де виразка частіше локалізувалася в відділі тіла шлунку, пілоричному та антральному відділах (p>0,05). При ВХ ДПК у хворих з ГРШКК виразка локалізувалася на задній стінці майже в 2,5 рази частіше ніж в групі хворих з ШКК6Р (χ^2=22,977, p<0,05), а в зацибулинному відділі у 3,9% в хворих з ГРШКК, тоді як у хворих з ШКК6Р з таким розташуванням виразки не було.

При оцінці наявності проявів кровотечі наявність гематомезису відмічалося частіше у хворих групи ВХ ГРШКК (57,7%) (χ^2=7,623, p<0,05). Також, частіше спостерігалася втрата свідомості у хворих даної групи 16,7% (p>0,05). Однак, при поступленні в переважної більшості хворих було одночасно декілька проявів кровотечі. В 62,1% пацієнтів групи хворих з ВХ ускладненою ШКК6Р кровотеча проявлялася тільки одним проявом, тоді як в групі хворих з ВХ ГРШКК в 43,65% (χ^2=8,302, p<0,05). Найбільш часто в групі хворих з ВХ ГРШКК спостерігалася комбінація гематомезис + мелена в 87 (39,2%) хворих. В 2 рази частіше спостерігається комбінація гематомезис + мелена + втрата свідомості (10,8% та 5,3%, p>0,05).

Оцінюючи показники гемодинаміки ми відмітили, що показники пульсу перевищували 100 уд/хв у групі хворих на ВХ ШКК6Р у 12 пацієнтів (12,6%) а у хворих на ВХ ГРШКК у 91 пацієнта (41%). Показники АТ складали нище 100 мм.рт.ст. відмічалися у 4 (4,2%) пацієнтів групи з ВХ ШКК6Р та у 79 (35,6%) хворих групи з ВХ ГРШКК (p<0,05).

Оскільки по показникам гемодинаміки можна оцінювати ступінь геморагічного шоку на момент поступлення, тому є дуже важливою оцінка співвідношення даних показників між собою — пульс/систолічний АТ = шоковий індекс. В випадку кровотечі вра-

Таблиця 2. *Шкала Rockall і співавт.*

	0 балів	1 бал	2 бала	3 бала
Вік	<60	60-79	>80	
Шок	немає	Ps>100/хв; нормальний АТ	Ps >100/хв; сист АТ <100мм.рт.ст.	
Супутні хвороби	немає		хвороби серця, рак ШКТ, інші типові супутні захворювання	ниркова, печінкова недостатність, пухлини з метастазами
Діагноз	С-м Малорі-Вейса, немає ерозій,немає ендоскопічних ознак високого ризику рецидиву ШКК	Всі інші діагнози	Злоякісні захворювання ШКТ	
Ендоскопічні ознаки	Виразка вкрита фібрином, темний згусток		Кров верхніх відділах ШКТ, свіжий тромб, кровотеча яка продовжується	

ховуючи різноманітність індивідуальної реакції організму на гостру крововтрату критичною границею оцінки ШІ є показник 1.0.

Якщо пульс більше 100 уд/хв та систолічний АТ нище 100 виявлені одночасно у 26,1% пацієнтів групи з ВХ ускладненою ГРШКК. То ШІ більше 1.0 в цій же групі пацієнтів складає 42,4%. 20 з 33 пацієнтів групи з кровотечею, що продовжується мали ШІ вище 1.0, однак хоча і пульс був більше 100, АТ тримався також вище 100 мм.рт.ст. А 16 пацієнтів з 21 з цієї ж групи хоча АТ вимірювався на момент поступлення нище 100 мм.рт.ст. мали також пульс менше 100 уд/хв. Отже, ми бачимо, що за допомогою ШІ більш точно можна визначити наявність геморагічного шоку на момент поступлення.

Нами проведено оцінку впливу інших ускладнень ВХ на розвиток ГРШКК. Так, 76 (34,2%)пацієнтів групи з ГРШКК мали інші ускладнення ВХ окрім ШКК. В групі хворих з ВХ ШКК6Р інші ускладнення ВХ спостерігалися у 18 (18,9%) пацієнтів. При аналізі які ускладнення спостерігалися частіше в групах хворих з ВХ ГРШКК та хворих з ВХ ШКК6Р достовірна різниця спостерігалася тільки з ускладненням пенетрації (χ^2=7,848, p<0,05). В хворих на ВХ ГРШКК частіше спостерігалося поєднання пенетрації виразки з стенозом, у 9% пацієнтів. В групі хворих на ВХ ШКК6Р взагалі не спостерігалося перфорації.

Оцінюючи вплив розміру виразкового дефекту на розвиток ГРШКК визначили, що в групі хворих на ВХ ГРШКК більше 1,0 см зустрічається в 3 рази частіше в порівнянні з групою хворих на ВХ ШКК6Р (p<0,05). При порівняні двох груп по структурі в випадку ВХ шлунку виразки більше 1,0 см зустрічалися майже з однаковою частотою, а в випадку ВХ ДПК виразковий дефект розмірами більше 2,0 см зустрічався більш ніж в 3 рази частіше (χ^2=12,150, p<0,05), а дефект розмірами від 1 до 2 см зустрічався в 5 раз частіше у хворих на ВХ ускладнену ГРШКК (χ^2=19,408, p<0,05).

Впливу фактора гемостазу на розвиток рецидиву ШКК однозначний. В групі хворих з ГРШКК струменева кровотеча (F 1-а) зустрічалася майже в 8 разів частіше (χ^2=19,956, p<0,05), а кровотеча з під згустку крові (F 1-б) відмічалася майже в 25 разів частіше в порівнянні з групою хворих на ВХ ШКК6Р (χ^2=25,361, p<0,05). Видима тромбована судина в дні виразки (F 2-а) зустрічалася частіше в групі хворих з ГРШКК (p>0,05). Виразка прикрита згортком крові (F 2-б) при ендоскопічному дослідженні знаходилася майже в 2 рази частіше в групі хворих на ВХ ГРШКК (χ^2=8,943, p<0,05). А стабільний гемостаз (F 3) — в більш ніж 40 разів частіше у групі хворих на ВХ ШКК6Р (χ^2=184,327, p<0,05).

Було виявлено, що рівень гемоглобіну нище 70 г/л в групі хворих на ВХ ГРШКК відмічався в більш ніж 8 разів частіше в порівнянні з групою хворих на ВХ ШКК6Р, різниця була статистично достовірною (χ^2=62,347, p<0,05). Відповідно рівень гемоглобіну вище 90 г/л в групі хворих на ВХ ШКК6Р відмічався в 3,5 рази частіше ніж в групі з ВХ ГРШКК (χ^2=68,006, p<0,05).

Оцінюючи рівень сечовини у пацієнтів різних груп знайдено у хворих на ВХ ГРШКК рівень сечовини вище норми зустрічався в 3 рази частіше (10,5% (10) проти 48,6% (108)), p<0,05).

Вплив супутньої патології на розвиток ГРШКК однозначно оцінити дуже важко, оскільки одна й та ж сама патологія у різних пацієнтів протікала з різною важкістю. І вплив на загальний стан організму у таких пацієнтів також був не однаковим. Також, багато пацієнтів мали більше однієї супутньої патології, що також усугубляло стан пацієнтів з ШКК виразкової етіології. Тому, всі хворі в залежності від наявності у них супутньої патології були поділені на 4 групи: 1) Пацієнти, які не мали супутньої патології або супутня патологія незначна (зміни на ЕКГ без клінічних ознак захворювання); 2) Пацієнти з супутньою патологією середнього ступеня важкості (гіпертонічна хвороба, яка піддається медикаментозному лікуванню, компенсований цукровий діабет, хронічні обструктивні захворювання легенів, що добре піддаються медикаментозному лікуванню серцева недостатність 1 ступеня, дихальна недостатність 1 ступеня і ін.); 3) Пацієнти з важкою компенсованою супутньою патологією (захворювання серця та легенів, що обмежують фізичну активність пацієнтів, цукровий діабет в стадії компенсації з ускладненями, цироз печінки в стадії компенсації, хронічна ниркова не достатність 1 ступеня). 4) Пацієнти з важкою декомпенсованою супутньою патологією (важка серцева недостатність, виражена легенева недостатність, виражені порушення функції нирок та печінки, цукровий діабет в стадії декомпенсації та ін.)

Супутня патологія також мала вплив на виникнення ГРШКК, а ще більший на розвиток летальних наслідків при ГРШКК виразкової етіології. Так, серед пацієнтів з ШКК6Р виразкової етіології, супутньої патології не було знайдено у 49 (51,6%) пацієнтів, тоді як у групі пацієнтів з ГРШКК таких хворих було лише 57 (25,7%), серед них — з летальним наслідком було тільки 2 (2,5%) пацієнтів (χ^2=18,910, p<0,05). Тоді як, серед пацієнтів з ШКК6Р виразкової етіології, важка декомпенсована супутня патологія була знайдена у 2 (2,1%) пацієнтів, у групі пацієнтів з ГРШКК таких хворих було 35 (15,8%) (χ^2=10,754, p<0,05), серед них — з летальним наслідком було 28 (34,6%) пацієнтів. У пацієнтів з ГРШКК виразкової етіології геморагічний шок безпосередньою причиною смерті був у 39 (48,1%) хворих.

Враховуючи достовірність вищенаведених факторів на нашу думку доцільно використовувати наступні шкали для прогнозування розвитку ГРШКК виразкової етіології.

Цінність цієї шкали полягає в тому, що вона може застосовуватися на практиці вже при першому контакті з пацієнтом у якого є прояви шлунково-кишкової кровотечі, тобто до ендоскопічного дослідження, а також у лікарнях які не мають можливості проведення ЕГДС на протязі перших 24 годин з моменту поступлення хворого в хірургічне відділення.

Інша шкала, розроблена Rockall et al. вже включає дані ЕГДС, що значно підвищує її прогностичну цінність.

Перспектива подальших досліджень в даному напрямку полягає в визначенні та порівнянні між собою прогностичної цінності та валідності даних шкал.

Висновки

1. Фактори ризику розвитку рецидиву шлунково-кишкової кровотечі виразкової етіології включають: вік старше 60 років, локалізація виразки в шлунку, розмір виразки більше 2 см, наявність ендоскопічних ознак кровотечі яка продовжується або ознак нестабільного гемостазу, наявність гематомезису на момент поступлення, наявність шоку на момент поступлення, важкої супутньої патології, низьких показників червоної крові та високого рівня сечовини в крові.
2. Для більш комплексної та повної оцінки супутньої патології у хворих з шлунково-кишковою кровотечею більш доцільно визначати її важкість по ступенях: 0 — немає; 1 — середнього ступеня важкості; 2 — важка компенсована; 3 — важка декомпенсована супутня патологія.
3. Є доцільним використання шкал для прогнозу розвитку рецидиву кровотечі у хворих на виразкову хворобу ускладнену шлунково-кишковою кровотечею.
4. Наявність факторів ризику рецидиву шлунково-кишкової кровотечі у хворих на виразкову хворобу, а також враховуючи наявність морфологічного субстрату хронічних виразок ускладнених ГРШКК дає підстави вважати раннє превентивне оперативне лікування таких пацієнтів єдиним методом профілактики рецидиву кровотечі при виразковій хворобі.

Література

1. Бойко В.В., Криворучко И.А., Пеев С.Б., и др. (2003) Прогноз и профилактика рецидива кровотечений из язв у больных с тяжелыми кровотечениями. Харківська хірургічна школа. 1; 6: 65-67
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. (2004) Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия. 7: 43-49
3. Фомін П.Д., Братусь В.Д., Нікішаєв В.Л. та ін. (2005) Еволюція підходів до вибору хірургічного лікування ВХ. Шпит. хір. 1: 189-193
4. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Шанина Н.Ю. (2002) Иммунологические аспекты прогнозирования ЯГДК. Анналы хирургии. 5: 43-46
5. ASGE (2002) Management of non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB).
6. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. (2000) A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 356: 1318-1321
7. Palmer K. (2004) Management of haematemesis and melaena. Postgrad. Med. J. 80: 399-404
8. Arasaradnam R.P., Donnelly M.T. (2005) Acute endoscopic intervention in upper gastrointestinal bleeding. Postgrad. Med. J. 81: 92-98
9. Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B., et al. (1996) Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 38: 316-321
10. Sanders D.S., Carter M.J., Goodchap R.J., et al. (2002) Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI haemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. Am J Gastroenterol. 97: 630-635

ВПЛИВ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦЕНТРУ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ОБЛАСТІ

Кобилецький М.М., Стахович Н.Ф., Борисенко О.І., Кобилецький С.М.

Сумська обласна клінічна лікарня, кафедра хірургії та дитячої хірургії Сумського державного університету

Шлунково-кишкові кровотечі залишаються розповсюдженою патологією, складною в діагностиці, консервативному та оперативному лікуванні.

На протязі 80-90-х років управлінням охорони здоров'я Сумської області постійно проводились організаційні заходи, направлені на покращення надання кваліфікованої медичної допомоги при шлунково-кишкових кровотечах різної етіології. Було покращено матеріально-технічне забезпечення рентгенівських кабінетів, створено ендоскопічні кабінети та кабінети ультразвукової діагностики в усіх лікувально-профілактичних закладах області, які мають стаціонари хірургічного профілю. Вирішено питання про надання хірургічної допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами фахівцями самої високої кваліфікації. Але постійне зростання захворюваності цією патологією, неможливість цілодобового повноцінного функціонування рентгенівських, ендоскопічних та сонодіагностичних кабінетів навіть в центральних районних, міських та обласних лікувально-профілактичних закладах не давало змоги покращити рівень надання допомоги при вказаних захворюваннях, знизити рівень післяопераційної летальності, яка на протязі багатьох років залишалася високою: 1995 р. — 13,68%, 1996 р. — 17,5%, 1997 р. — 13,6%, 1998 р. — 13,66%, 1999 р. — 18,6%.

В грудні 1999 р. керівництвом управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації було вирішено організаційні питання по створенню Центру шлунково-кишкових кровотеч в складі обласної клінічної лікарні. До Центру шлунково-кишкових кровотеч ввійшли — хірургічне відділення (на 60 ліжок), відділення анестезіології і реанімації (на 6 ліжок), відділення променевої діагностики, ендоскопічне відділення, клініко-біохімічна лабораторія, відділення переливання крові.

Для забезпечення повноцінної цілодобової діяльності були виділені додаткові кошти для введення посад: лікарі-ендоскопісти — 3,75 штатних посад; медичні сестри ендоскопічного кабінету — 3,75 штатних посад; операційна медична сестра відділення переливання крові — 1 штатна посада; лаборант відділення переливання крові — 1 штатна посада.

В обласному територіальному центрі екстреної кваліфікованої медичної допомоги ("санітарної авіації") введено цілодобове чергування лікаря-ендоскопіста "вдома". Для проведення ургентних обстежень в обласну клінічну лікарню, обласний територіальний центр екстреної кваліфікованої медичної допомоги були придбані фіброгастроскопи.

Згідно розробленого положення про Центр шлунково-кишкових кровотеч, була забезпечена госпіталізація в обласну клінічну лікарню всіх хворих з кровотечами зі шлунково-кишкового тракту будь-якої етіології. Визначені схеми (стандарти) інтенсивної терапії залежно від виду захворювання та ступеня важкості крововтрати, з яким госпіталізуються пацієнти в стаціонар. Чітко визначені показання до первинного та повторного ендоскопічного обстеження хворих, включаючи проведення гемостатичних маніпуляцій. Визначено чіткі показання до проведення хірургічного лікування.

Проведені заходи дали змогу покращити якість надання кваліфікованої медичної допомоги при шлунково-кишкових кровотечах. Не дивлячись на те, що захворюваність при даній патології в Сумській області залишається однією з найвищих в Україні: 2001 р. — 5,78 на 10 тис. нас., 2002 р. — 5,86 на 10 тис. нас., 2003 р. — 5,94 на 10 тис. нас., 2004 р. — 6,14 на 10 тис. нас., 2005 р. — 5,37 на 10 тис. нас. (по Україні — 4,55 на 10 тис. нас., в 2005 р.), вдалось зменшити кількість оперативних втручань, проведених "на висоті кровотечі": 2001 р. — 0,9 на 10 тис. нас., 2002 р. — 0,74 на 10 тис. нас., 2003 р. — 0,79 на 10 тис. нас., 2004 р. — 0,62 на 10 тис. нас., 2005 р. — 0,44 на 10 тис. нас. та знизити післяопераційну летальність: 2001 р. — 6,55%, 2002 р. — 6,25%, 2003 р. — 2,97%, 2004 р. — 2,53%, 2005 р. — 3,7% (по Україні — 6,86%, в 2005 р.).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВИХ ФЛЕБЕКТАЗІЙ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА

Братусь В.Д., Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Ігнатов О.В.*, Боярська М.Г.*, Гула Г.В., Половець М.В.*, Щербина М.В., Шаповалюк В.В.*

Кафедра факультетської хірургії №2 НМУ ім. О.О. Богомольця, Київ

Київська міська клінічна лікарня №12*

Features of Endoscopic Diagnostic and Miniinvasive Methods of Treatment for Variceal Esophageal and Gastric Bleeding

V.D. Bratus', P.D. Fomin, E.M. Shepet'ko, O.V. Ignatov, M.G. Boyars'ka, H.V. Gulla, M.V. Polovets', M.V. Shcherbyna, V.V. Shapovaljuk

National Medical University of O.O. Bohomolets, Kiev

Kyiv's Hospital #12*, Ukarine

Summary

Retrospective monocentral comparative investigation of results for complex treatment of 434 pts with variceal esophageal and gastric bleeding for the period of 2002-2006 yrs was carried out on the base of Kyiv's centre of gastrointestinal bleedings. Endoscopic sclerotherapy was performed in 107 pts (24,7%), clipping combined with sclerotherapy — in 7 pts (1,6%). Common lethality was 27,9% (121 pts), in the group with endoscopic therapy — 13 (11,4%).

Key words: variceal esophageal and gastric bleeding, endoscopic diagnostic, miniinvasive methods of treatment, sclerotherapy.

Вступ

Не зважаючи на значні досягнення сучасної медицини у комплексному лікуванні синдрому портальної гіпертензії (ПГ), ускладненого розвитком флебектазій стравоходу (ФС) та шлунка (ФШ), зокрема впровадження мініінвазивних методів лікування, розробку та застосування вдосконалених хірургічних методів лікування (спленектомія, різні види судинного шунтування, при необхідності — трансплантація печінки), число хворих із даною патологією постійно зростає [1,13]. Особливо важливою проблемою були і залишається кровотеча із флебектазій стравоходу та шлунка (КФСШ), що часто загрожує життю хворого і нерідко, не зважаючи на застосування різних лікувальних заходів, призводить до летальних наслідків як результату важкої та стрімкої крововтрати на тлі декомпенсації функції таких життєво важливих органів, як печінка й нирки, а також ЦНС. Досліджено, що приблизно у 20-35% пацієнтів із ФС виникає кровотеча з них [7,11]. У половини хворих вона зупиняється самостійно, але кожен його епізод може призвести до летального результату в 30-50 % випадків [6,10].

Смертність при деяких епізодах кровотеч може мінятися від ?10% при добре компенсованому цирозі (Child-Phug A) до ?70% при прогресуванні захворювання до Child-Pugh C відповідно. Якщо кровотеча уже виникла, то ризик повторної кровотечі значно збільшується, досягаючи в цьому випадку 80% протягом одного року [9,10].

При вивченні результатів лікування хворих із КФСШ, як правило, застосовується порівняння тих чи інших методів медикаментозної, ендоскопічної терапії (ЕТ) чи оперативних втручань, однак ці дослідження часто не відповідають реальній клінічній практиці. Значним поступом у вивченні проблеми є мета-аналіз, коли аналізується комплекс лікувально-профілактичних заходів, які застосовуються послідовно і згідно певної логічної системи [2,5,10,12].

На сьогодні ендоскопічній терапії (ЕТ) надається перевага перед оперативним лікуванням, насамперед через вибірковість показань і значну кількість протипоказань до шунтуючих операцій, що дають високу післяопераційну летальність. Перевагами ЕТ є можливість селективної облітерації вен стравоходу і шлунку при збереженні інших паразофагеальних коллатералей і портокавальних анастомозів, відносна простота, доступність і незначна травматичність методів, відсутність негативного впливу на функцію печінки. Ендоскопічні методи гемостазу можуть застосовуватись як на висоті кровотечі, так і в перші 6-24 години після попередньої медикаментозної терапії і балонної тампонади [3,8].

Ендоскопічна склеротерапія (ЕС) і перев'язка варикозних вен є ефективним способом зупинки кровотечі майже у 90% пацієнтів. Лігування є таким же ефективним, як і склеротерапія, і має менше побічних ефектів. У випадку активної важкої кровотечі ендоскопічна перев'язка декількох вен, що кровоточать, може виявитися складнішою для застосування, ніж склеротерапія. Комбіноване використання октреотиду протягом 3-5 днів разом з ЕТ зменшують можливість повторної кровотечі і необхідність переливань крові в ранній фазі після ініціальної кровотечі, у порівнянні з цими двома методами окремо.

Трансюгулярний внутрішньопечінковий портосистемний шунт (TIPS) у випадку, якщо його застосування можливе, є новою альтернативою у тих випадках, коли ендоскопічне і медикаментозне лікування виявляються неефективними. Балонна тампонада в більшості випадків є ефективною для зупинки кровотечі, принаймні, тимчасово, і вона може бути використана в тих регіонах світу, де TIPS ще не готовий до використання [13].

Крім ендоскопічної терапії, жоден з цих методів недостатньо ефективний для зупинки кровотечі, що доводять смертельні наслідки [8,11,12].

Таким чином, якщо підозрюється кровотеча з ФС, скорочено може бути рекомендована наступна схема лікування: проведення загальних реанімаційних заходів; початок фармакотерапії, наприклад, з болюсного внутрішньовенного введення октреотиду-50 мг із наступним введенням у дозі 50 мг/год. протягом 3-5 днів; призначення антибіотиків, наприклад, хінолону або цефалоспорину 3-го покоління; проведення термінової ендоскопії для підтвердження діагнозу і перев'язки КФС або виконання склеротерапії; у випадку раннього (протягом перших 5 днів) рецидиву кровотечі (РК) — проведення повторної ендоскопічної терапії, якщо можливо; у випадку повторюваної або неконтрольованої кровотечі чи неефективності ендоскопічного лікування (рання кровотеча після двох спроб) необхідне проведення балонної тампонади і розгляд можливості виконання TIPS [7,12].

У той час, як побічні ефекти ендоскопічної склеротерапії переважають позитиви її застосування для первинної профілактики стравохідної варикозної кровотечі, ендоскопічна перев'язка варикозних вен, як було показано, ефективна і добре переноситься [3,4,8,9]. У хворих з важким цирозом печінки, що очікують на її трансплантацію, профілактичне лігування ФСШ з високим ризиком кровотечі має перевагу над медикаментозною профілактикою пропранололом. Без профілактичного лікування хворі на цироз печінки з ФСШ мають 25-40% ризик розвитку кровотечі протягом 2 років [10]. Ті пацієнти, що пережили кровотечу з ФС і мають захворювання в стадії Child Pugh B або C, повинні розглядатися як кандидати на трансплантацію печінки.

Матеріали і методи

Протягом 2002-2006рр. у Київському міському центрі з надання допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами (КМЦ ШКК) лікувалося 434 хворих із КФСШ, серед них — 291 чоловік (67,1) та 143 жінки (32,9) віком від 21 до 85 р., у середньому 42,3 р. (табл. 1).

Кровотечу помірного ступеню виявляли у 39 хворих (9,0%), середнього — у 88(20,3%), важкого — у 307 (70,7%). Кровотеча супроводжувалася явищами геморагічного шоку у 97 пацієнтів (22,4%). Вказівки на надмірне вживання алкоголю в анамнезі виявлено у 188 (43,3%) хворих, перенесений гепатит — у 124 (28,6%), гематологічні захворювання, ускладнені синдромом портальної гіпертензії — у18 (4,1%), важку серцеву недостатність — у 56 (12,9%), причину портальної гіпертензії не встановлено у 48 випадках (11,1%).

У хворих із КФСШ обов'язковим є виконання екстреної ЕГДС, однак у ряді випадків вона не проводилася. Причиною був термінальний стан пацієнта при доставленні його до клініки — 12 випадків (2,8%) або категорична відмова від обстеження та ендоскопічного лікування — 11 хворих (2,5%) (діагноз був відомий з виписок або із слів родичів, кровотеча зупинялася самостійно на догоспітальному етапі, хворому проводилася лише консервативна терапія). При екстреній ЕГДС у 329 хворих (75,8%) виявляли КФС, у 14 (3,2%) — КФШ, у 68 (15,7%) — КФСШ. Флебектазії I ступеню (за N. Soehendra, K. Binmoeller, 1997) були у 125 пацієнта (30,4%), II ступеню — у 192 (46,7%), III ступеню — у 94 (22,9%). ПГ, ускладнена ШКК із ФСШ, поєднувалась із гострими ерозіями та виразками у 194 випадках (44,7%). Під час екстреної ЕГДС тривають кровотечу із ФСШ виявлено у 155 (37,7%), фіксований згорток крові на ФСШ у 71 (17,3%) і наліт фібрину — у 185 (45%) пацієнтів. У 387 (94,2%) на флебектазіях виявлено різні види "червоних знаків". У 247 (60,1%) відзначено ендоскопічні ознаки портальної гастропатії (за класифікацією Mc Cormack з співавт. (1985)): помірного ступеню у 124 (30,2 %), важкого — у 74 (17,9%) і з кровотечею — у 50 (12,1%) хворих.

Досвід клініки та аналіз міжнародних досліджень і консенсусів з комплексного лікування КФСШ [7,9,10-13] дозволив сформувати найдоцільніший за даних умов лікувально-діагностичний алгоритм та покази до застосування мініінвазивних ендоскопічних втручань. Так, виконання кліпування або ЕС КФСШ є виправданим вже самим виникненням кровотечі вказаного генезу, при чому у випадку активної кровотечі перевагу слід надавати ЕС, оскільки кліпування при цьому є складнішим для застосування і може бути виконане у ранньому постгеморагічному періоді. Балонна тампонада показана у випадку неможливості зупинити кровотечу ендоскопічним шляхом, як тимчасовий захід перед ЕТ.

107 (24,7%) хворим виконували інтравазальну (ІВС), паравазальну (ПВС) та комбіновану ЕС (КС), у 7 випадках (1,6%) ІВС поєднували з кліпуванням.

При ІВС з допомогою endoscopy інжектора склерозуючу речовину (етанол 70%, тромбовар 3%) вводили безпосередньо у вену — від 3 до 5 мл розчину склерозанта на 1,5-2 см дистальніше розриву вени при кровотечі або на відстані 1-1,5 см вище стравохідно-шлункового переходу в неврозованих венах. Протягом одного сеансу склерозували 1-2 колектори, решту — при наступних 1-3 сеансах.

При ПВС препарат (35% розчин етанолу, виготовлений ex temprore з рівних частин 70% розчину етанолу і 1% розчину новокаїну) вводився в кількостях, достатніх для здав-

Таблиця 1. *Розподіл за віком хворих із КФСШ протягом періоду 2002-2006 рр.*

Вік, роки	2002		2003		2004		2005		2006		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	-	-	4	4,5	6	17	5,1	7,1	5	4,9	22	5,1
30-39	4	7,7	7	8,0	9	32	9,6	10,6	10	9,8	42	9,7
40-49	17	32,7	28	31,8	29	108	32,5	34,1	38	37,3	146	33,6
50-59	16	30,8	27	30,7	32	114	34,3	37,6	33	32,4	147	33,9
60-69	10	19,2	18	20,5	8	50	15,1	9,4	15	14,7	65	15,0
70 і старші	5	9,6	4	4,5	1	11	3,3	1,2	1	1,0	12	2,8
Всього	52		88		85		107		102		434	

Таблиця 2. *Застосування методів ЕТ при лікуванні КФСШ*

Метод ЕТ	Число хворих		Число хворих з РК		Число померлих		З них - до 48 год. після пост.		померлих при РК		померлих без РК	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Етанол (і/в + п/в)	15	3,5	1	6,7	1	6,7	-	-	-	-	1	6,7
Етанол (п/в)	12	2,8	2	16,7	4	33,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Етанол (і/в)	25	5,8	-	-	4	16,0	-	-	-	-	4	16,0
Тромбовар (і/в)	42	9,7	-	-	3	7,1	-	-	1	2,4	2	4,8
Етанол (п/в) + тромбовар (і/в)	13	3,0	-	-	1	7,7	-	-	-	-	1	7,7
Кліпування + тромбовар (і/в)	7	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Не застосовували	320	73,7	66	20,6	108	33,8	23	7,2	48	15,0	37	11,6
Всього	434		69	17,2	121	27,9	34	6,0	57	14,2	30	3,6

Примітка: % хворих із рецидивом ШКК та померлих розраховано у кожній групі окремо.

лення вени. Ін'єкції здійснювали на рівні розриву з обох боків вени, у кількостях, достатніх для її здавлення. У неарозованих венах ін'єкції робили на відстані 1-1,5 см вище стравохідно-шлункового переходу. Періодичність сеансів та число колекторів для склерозування визначалася індивідуально, з урахуванням існуючої ендоскопічної картини.

При КС склерозант спочатку вводили паравазально на рівні розриву, потім інтравазально на 1,5-2 см дистальніше (у неарозованих венах паравазальне введення здійснювали на 3-4 см вище кардії, інтравазальне — відступаючи від утвореної муфти вниз на 2-3 см). Повторні сеанси ЕС проводили через 3-5 днів, як правило 2-5 сеансів, до повної облітерації вен.

Ендоскопічне кліпування проводили за допомогою обертового кліпатора фірми "Olympus" (HX-5LR-1) і кліпс (MD-850): після визначення джерела кровотечі на вену вище і нижче розриву накладали кліпси, як правило, від 2 до 4 кліпс на одну вену. В проміжок вени між кліпсами (2-5см) інтравазально вводили скленозант (3% тромбовар). Кліпси, накладені в стравоході, відходили самостійно за 3-10 днів, а накладені в шлунку зберігалися до року.

Результати та їх обговорення

Лікувально-діагностичний алгоритм полягав у негайному ендоскопічному обстеженні, при виявленні стигмат кровотечі чи її продовження — аплікації препарату "Капрофер", у випадку продовження кровотечі чи високому ризику її повторного розвитку на тлі декомпенсації функції печінки застосовували балонну тампонаду зондом Блекмора. З метою зупинки кровотечі використано ендоскопічний гемостаз з використанням капроферу — 179 хворим (43,6%), постановку зонду Блекмора — 112 хворим (25,8%).

На висоті триваючої кровотечі 8 хворим (1,8%) із КФС виконано КС (п/в 35% етанолом + і/в етанолом 70%), що дозволило досягти гемостазу у 100% хворих цієї групи. У 1 хворого через 2 доби наступив РК з іншого венозного колектора. Було використано балонну тампонаду, застосовано реанімаційні заходи, однак хворий помер на фоні наростаючої поліорганної недостатності (ПОН).

У відстроченому періоді або у випадку відсутності триваючої кровотечі виконували наступні види ЕТ: 1) ПВС з використанням 35% етаноту виконали 12 пацієнтам (2,8%), у яких джерелом кровотечі були ФШ, з метою запобігання РК. У 2 із них (16,7%) розвинувся РК, що виявилося для них фатальним; 2) ІВС з використанням 70% етаноту — 25 (5,4%) хворих, з них померло 4 (16%) без ознак РК при наростанні ПОН, гепатаргії та енцефалопатії мішаного генезу. 3) ІВС з використанням 3% тромбовару — 42 (10,5%) хворих, померло 3 (7,1%) (1 — внаслідок РК, 2 — у зв'язку із наростанням ПОН). 4) КС (п/в 35% етаноол + і/в етаноолом 70%) — 7 (1,6%); 5) КС (п/в 35% етаноолом + і/в 3% тромбоваром) — 13 (2,1%) пацієнтів, з яких помер 1 хворий (через наростання декомпенсації цирозу печінки, розвиток ПОН); 6) поєднання склеротерапії та кліпування — 7 (2,1%). Загалом серед 114 хворих, яким виконували різні види ЕТ, померло 13 (11,4%).

Ускладнення, що виникали після ЕТ, прийнято поділяти на "малі" й "великі" [2,8]. Із "малих" — гіпертермія (37,5-39,0оС) протягом 12-24 год. — у 15 хворих (13,2%), пневмонія — у 6 (5,3%), у 26 (22,8%) спостерігався транзиторний біль за грудиною, у 22 (19,3%) — дисфагія. Ерозії та виразки в зоні виконання ЕТ виникли у 59 пацієнтів (51,8%) і загоїлися протягом 5-9 діб при консервативному лікуванні. "Великим" ускладненням є РК, що виник у 3 хворих (2 із КФШ після ПВС, 1 — після КС етанолом з вени без застосування ЕТ) (табл. 2).

У 320 пацієнтів (73,7%) застосовували лише конервативне лікування, із них 23 (7,2%) ЕГДС, у тому числі й екстрена, не виконувалася (причини наведено вище). 297 хворим після поступлення виконано екстрену ЕГДС, під час якої діагностовано КФС чи КФШ як джерело кровотечі, при наявності стигмат чи активної кровотечі виконано обробку препаратом "Капрофер". У 226 випадках (52,1%) необхідною була постановка зонда Блекмора (активна кровотеча, коли детальна візуалізація ділянки кровоточивої вени неможлива, а також згорток на флебектазії). ЕТ не виконувалася: а) через вкрай важкий стан пацієнта із наростанням ПОН, декомпенсацією функції печінки (Child-Phug C), гепатагрією, енцефалопатією — 85 випадків (19,6%); б) у зв'язку із відмовою хворого — 235 випадків (54,2%). Летальність у цій групі становила 33,8% і була майже у 3 рази вищою, ніж серед хворих, яким застосовано ЕТ.

Помер 121 хворий, загальна летальність склала 27,9%. Причина смерті: серцево-судинна недостатність внаслідок крововтрати на тлі ПОН (з перевагою печінково-ниркової) — у 34 (28,1%), РК — у 57 (47,1%), наростаюча ПОН без ознак РК — 30 (24,8%).

Висновки

1. Складено алгоритм допомоги хворим із кровоточивими флебектазіями стравоходу та шлунка, що полягає у проведенні реанімаційних, консервативних заходів, обов'язкової екстреної ЕГДС з діагностичною та лікувальною метою, у випадку необхідності (на висоті кровотечі та при високому ризику її рецидиву) — постановка зонду Блекмора, вирішення питання про застосування ЕТ у ранньому відстроченому періоді.
2. Ендоскопічні методи лікування показані усім хворим із кровотечею із флебектазій стравоходу та шлунка, за умови компенсованої функції печінки (Child-Phug A, B). У випадку декомпенсації функції печінки (Child-Phug C) слід провести комплексну консервативну терапію із наступною ЕТ флебектазій як вторинну профілактику ШКК.
3. Перевагу слід надавати інтравазальному застосуванню 3% тромбовару або його поєднанню з кліпуванням, як оптимального способу вторинної профілактики.
4. У випадку, коли не застосовується ЕТ, ризик рецидиву кровотечі зростає у 8 разів (з 2,6% до 20,6%), а летальність — у 3 рази (до 33,8%).

Література

1. Михайлович В.В., Рачкевич С.Л., Король Я.А. та ін. (2001) Основні принципи лікування хворих на цироз печінки, ускладнений стравохідно шлунковою кровотечею. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. 2; 3: 29
2. Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та мініінвазивна ендохірургія при кровотечах з гастродуоденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф. дис... доктора мед. наук. (Київ). 38 с.
3. Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Головін С.Г., та ін. (2002) Ендоскопічна діагностика і мініінвазивні методи в комплексному консервативному лікуванні кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку. Метод. рекомендації. (Київ). 22 с.
4. Фомін П.Д., Головін С.Г., Нікішаєв В.І. (2003) Особливості діагностичної та лікувальної ендоскопії у хворих з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу. Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. "Медицина". 19: 52-57
5. Фомін П.Д., Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та лікування кровотеч із варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Шпитал. хірургія. 2: 19-23
6. Щеголев А.А. и др. (2003) Эндоскопический и эндоваскулярный гемостаз при кровотечениях из варикозных вен пищевода. Уч.-метод. пособие. (Москва). 86 с.
7. Banares R., Albillos A., Rincon D., et al. (2002) Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. Hepatology. 35: 609-615
8. Ferrari A.P., de Paulo G.A., de Macedo C.M., et al. (2005) Efficacy of alcohol injection compared with band ligation in the eradication of esophageal varices. Arq Gastroent. 42; 2: 72-76
9. Jalan R., Hayes P.C. (2000) UK guidelines on the management of variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Gut. 46; 3: 1-15
10. Matsushita M., Uchida K., Tahashi Y., Okazaki K. (2006) Management of gastric variceal bleeding. Endoscopy. 38; 10: 1054
11. Sarin S.K., Negi S. (2006) Management of gastric variceal hemorrhage. Indian J Gastroenterol. 25: 25-28
12. Silva G., Quera R., Fluxa F., et al. (2004) Octreotide administration and/or endoscopic treatment in cirrhotic patients with acute variceal bleeding: a multicentric study. Rev Med Chil. 132; 3: 285-294
13. Singhal D., Castro S., Goyal N., et al. (2006) Current Role of Portosystemic Shunt Surgery in the Management of Hepatic Venous Outflow Obstruction. Digestive Surgery. 23: 358-369

Таблица 1. *Сравнительная эффективность лечения больных, страдающих кровотечениями из ВРВП (%)*

	КЛ (n=141)	ЭС (n=120)	ЭЛ (n=72)	ЭП (n=32)
Остановка кровотечения	74,2+ 4,5	80,0+ 5,6	87,7+ 6,6	90,6+ 5,2
Ранний рецидив кровотечения (до выписки из стационара)	44,1+ 5,1	42,0+ 6,0	39,0+ 8,4	46,9+ 8,8
Рецидив кровотечения отдаленный	86,0+ 3,6	34,0+ 6,7	30,1+ 8,8	31,1+ 7,4
Летальность	54,8+ 5,8	48,0+ 5,7	44,4+ 6,7	53,1+ 7,6

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения по поводу КВРВП 365 пациентов. Из них у 141 пациента проведено консервативное лечение. У 224 — проведен эндоскопический гемостаз и последующая эндоскопическая облитерация расширенных вен. Применялись различные эндоскопические методики: склерозирование выполнено у 120 пациентов, лигирование — у 72 и пломбирование — у 32 больных.

Оценка эффективности лечения у пациентов с КВРВП проводилась в соответствии со следующими критериями: остановка кровотечения (отсутствие признаков кровотечения в течение 2 суток), развитие рецидивов — в раннем (до выписки из стационара), и отдаленном (после достижения полной облитерации варикозных вен) периодах, а также летальности, количества осложнений.

Склерозирование выполняли как иглами фирмы Olympus, так и иглами собственной конструкции, при этом пользовались тромбоваром, этаноламинолеатом, этоксисклеролом, 96 этиловым спиртом. Предпочитали интравазальный путь введения склерозантов, хотя в реальных условиях, особенно при активном кровотечении, неизбежно введение склерозанта как интра-, так и паравазально.

Эндоскопическое лигирование выполняли с помощью лигаторов фирм Cook и Olympus а также лигатора собственной конструкции. Лигирование начинали с основания венозных стволов в эзофагокардиальной зоне. Лигирование основания венозных стволов приводит к прекращению или снижению притока крови, запустению стволов, визуально наблюдаемому резкому уменьшению их диаметра. После этого производили лигирование венозных стволов с интервалом 3-5 см. За сеанс использовали от 6 до 10 лигатур. Повторные сеансы лигирования производили через 3-4 суток, после отторжения лигированных ранее узлов.

Пломбирование производили применяя двухпросветную иглу-инъектор, а также двухпросветную иглу собственной конструкции. Использовался фибриновый клей фирмы Immuno (Австрия), а также приготовленный по методике, разработанной в нашей клинике.

Результаты и их обсуждение

При консервативном лечении остановка кровотечения отмечалась у 74,2% больных, при этом ранние рецидивы кровотечения имели место в 44,1% случаев, отдаленные — в 86,0%, общая летальность в группе составила 54,8%.

Остановка кровотечения методом ЭС отмечалась у 80,0% пациентов, ранние рецидивы кровотечения отмечены у 42,0% пациентов, отдаленные — у 34,0% пациентов, общая летальность составила 48,0%.

При применении ЭЛ, остановка кровотечения достигалась в 87,7% случаев, ранние рецидивы кровотечения отмечены у 39,0% пациентов, отдаленные — у 30,1% пациентов, общая летальность составила 44,4%.

Остановка кровотечения методом ЭП достигалась в 90,6% наблюдений. В данной подгруппе пациентов ранний рецидив кровотечения имел место у 46,9%, в то время как отдаленные кровотечения отмечены у 31,1% пациентов. Летальность составила 53,1%.

Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют о том, что практически во всех группах пациентов, которым было проведено эндоскопическое лечение, клинический результат был лучше, чем у пациентов, леченных консервативно. Установлено, что преимущества эндоскопических методов, в сравнении с консервативными, состоят в более эффективной остановке кровотечения, предотвращении их рецидивов, особенно после достижения облитерации расширенных вен, снижении летальности.

Накопленный нами опыт напротив, показывает, что в арсенале современной хирургической клиники должны быть все перечисленные методы, поскольку в разных анатомических условиях, при различном исходном состоянии пациента отдельные методы имеют преимущества в отношении эффективности, простоты исполнения, тяжести осложнений. Установлено, что ЭЛ следует применять в отсутствие рубцово- склеротических изменений слизистой, при достаточном выбухании варикозных стволов в просвет в то время как ЭС, наоборот, при значительной рубцово- склеротической компрометации слизистой оболочки, рассыпном типе расширенных вен, единичных узлах (что зачастую встречается после предшествовавших сеансов лигирования или склерозирования). Метод ЭП показан в наиболее тяжелых случаях КВРВП, расширенных венах кардиального отдела желудка.

При наблюдении пациентов, перенесших кровотечение из расширенных вен пищевода, выяснилось, что число рецидивов кровотечений, их интенсивность в период до достижения полной облитерации расширенных вен, значительно выше, чем после их эрадикации. Полученные данные побуждают выстраивать график эрадикации расширенных вен пищевода таким образом, чтобы достигнуть его в максимально короткие сроки.

Был проведен анализ отдаленных результатов лечения 178 больных, поступивших с клиникой кровотечения из расширенных вен пищевода за период с 1988 по 2005 год. Из них 71 проводились традиционные консервативные мероприятия, направленные на остановку кровотечения, 107 были подвергнуты эндоскопической облитерации расширенных вен пищевода.

Отмечается значительная редукция отдаленных рецидивов кровотечения после эндоскопической облитерации расширенных вен: в течение 12 месяцев с 75,85% до 20,75% (р 0,001), в течение 24 месяцев с 88,05% до 28,64% (р 0,001), в течение 60 месяцев с 98,59% до 34,6% (р 0,001). В свою очередь это влечет к увеличению выживаемости в означенные сроки: в течение 12 месяцев с 47,4% до 61,24%; в течение 24 месяцев с 33,55% до 55,4%; в течение 60 месяцев с 22,53% до 36,45%.

Таким образом, наши исследования показали, что больные, перенесшие кровотечение из расширенных вен пищевода нуждаются в динамическом наблюдении и лечении как врачом-гастроэнтерологом, так и эндоскопистом, разработанный алгоритм наблюдения и лечения позволяет значительно снизить риск рецидивных кровотечений, улучшить показатели выживаемости. Эффективность планомерной эндоскопической облитерации может быть основанием для выполнения ее у пациентов с варикозным расширением вен пищевода, не имевших эпизодов кровотечения в анамнезе, но с явными признаками угрозы развития кровотечения (эрозии, красные маркеры над варикозными узлами, значительный диаметр расширенных вен, значительная протяженность расширенных вен).

Выводы

1. Эндоскопические вмешательства повышают эффективность гемостаза в лечении КВРВП, снижают частоту рецидивов кровотечения и их интенсивность. Методики эндоскопической облитерации расширенных вен показаны при явных признаках угрозы развития кровотечения (эрозии, красные маркеры над варикозными узлами, значительный диаметр расширенных вен, значительная протяженность расширенных вен, декомпенсация функции печени).
2. Лишь полная эрадикация расширенных вен пищевода влечет значительное снижение числа рецидивных кровотечений, поэтому у пациентов с уже остановившимся кровотечением, показаны повторные сеансы эндоскопического воздействия для скорейшего достижения облитерации вен запустениякоторая должна быть достигнута как в можно более короткие сроки.
3. ЭЛ следует применять в отсутствие рубцово — склеротических изменений слизистой, при выбухании варикозных стволов в просвет; ЭС — при значительной рубцово — склеротической компрометации слизистой оболочки, рассыпном типе расширенных вен, единичных узлах; ЭП показано при расширенных венах кардиального отдела желудка.

Литература

1. Буланов К.И., Чуклин С.Н. (1999) Декомпенсированный цирроз печени. (Львов). 191 с.
2. Герасимов Д.В. (2002) Стравохідно-шлункові кровотечі у хворих з портальною гіпертензією. Ефективність ендоскопічних методів лікування. Практична медицина. 1; 8: 25-29
3. Калита Н.Я., Буланов К.И., Никишин Л.Ф., Бурый А.Н. (1998) Малоинвазивные вмешательства у больных с циррозом печени в стадии декомпенсации. Метод. Рекомендации. (Киев). 24 с.
4. Мишин И.В., Цыбырнэ К.А., Панич И.И. (1998) Эндоскопическая эмболизация с использованием фибринового клея в профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Анн. хир. гепатол. 3; 3: 152-153
5. Никишаев В.И., Фомин П.Д., Головин С.Г. (1998) Лечебная эндоскопия при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка с портальной гипертензией. Анн. хир. гепатол. 3; 3: 156
6. Цыбырне К.А., Мишин И.В. (1998) Эндоскопическая склеротерапия с использованием цианакрилатных клеевых композиций в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Эндоскопическая хирургия. 4: 42-44
7. Русин В.И., Переста Ю.Ю., Филип С.С. и соавт. (1998) Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из расширенных вен пищевода. Анн. хир. гепатол. 3; 3: 164
8. Biecker E, Schepke M, Sauerbruch T. (2005) The role of endoscopy in portal hypertension. Dig Dis. 23; 1: 11-17
9. Datta A., Vlavianos P., Alisa A., Westaby D. (2003) Using fibrin glue for endoscopic treatment of bleeding gastric varices. Endoscopy. 9: 2130-2136
10. Dhiman R.K., Chawla Y.K. (2003) A new technique of combined endoscopic sclerotherapy and ligation for variceal bleeding. World J. Gastroenterol. 9; 5: 1090-1093
11. Helmy A., Hayes P.C. (2001) Review article: current endoscopic therapeutic options in the management of variceal bleeding. Aliment. Pharmacol. Ther. 15; 5: 575-594
12. Heneghan M.A., Byrne A., Harrison P.M. (2002) An open pilot study of the effects of a human fibrin glue for endoscopic treatment of patients with acute bleeding from gastric varices. Gastrointest. Endosc. 56; 3: 422-426
13. McKiernan PJ, Beath SV, Davison SM. (2002) A prospective study of endoscopic esophageal variceal ligation using a multiband ligator. J.Pediatr.Gastroenterol. Nutr. 34; 2: 207-211

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Грубник В.В., Герасимов Д.В.
Кафедра хирургических болезней с последипломной подготовкой Одесского государственного медицинского университета, Одесская Областная клиническая больница

Experience of Endoscopic Haemostasis in Cases of Variceal Bleeding

V.V. Grubnik, D.V. Gerasimov
Chair of Surgery with Postgraduate Education, Odessa State Medical University, Odessa Regional Hospital

Summary

The results of treatment of 365 patients with variceal hemorrahge by endoscopic methods were analyzed. The comparative estimation of the efficacy of treatment based on endoscopic sclerotherapy (ES), endoscopic ligation (EL), endoscopic sealing by fibrin glue (EG) was done. By conservative treatment hemostatic effect was achieved in 74,2%, early recurrence of bleeding — in 44,1%, late recurrence — 86,0%, mortality — 54,8%. In ES group hemostatic effect was achieved in 80,0%, early recurrence of bleeding — in 42,0%, late recurrence — 34,0%, mortality — 48,0%. In EL group hemostatic effect was achieved in 87,7%, early recurrence of bleeding- in 39,0%, late recurrence — in 30,1%, mortality — 44,4%. In EG group hemostatic effect was achieved in 90,6%, early recurrence of bleeding — in 46,9%, late recurrence — in 31,1%, mortality — in 53,1%. Long term results of treatment of 178 patients (71 were conducted usual treatment; 107 patients were underwent endoscopic obliteration of dilated esophageal vein). It was established that reduction of late recurrence hemorrhage after endoscopic obliteration of esophageal varices: in 12 months from 75,85% to 20,75% (R<0,001), in 24 months from 88,05% to 28,64% (R<0,001), in 60 months from 98,59% to 34,58% (R<0,001). Survival rate in same terms: in 12 months from 47,4% to 61,24%; in 24 months from 33,55% to 55,4%; in 60 months from 22,53% to 36,45%.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, variceal, endoscopic hemostasis methods.

Введение

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода сопровождаются значительной смертностью, которая при первом кровотечении достигает 50-60%, при повторных-80-90% (Terblanche J., 1989). У больных, поступающих в клинику с кровотечением из расширенных вен пищевода, следует учитывать два разнонаправленных фактора, которые влияют на развитие патологического процесса:

1. повышение портального давления компенсирует нарушенную перфузию печени из системы воротной вены, но создает предпосылки для расширения вен пищевода, развитию тяжелой портальной гастропатии, что при определенных условиях ведет к развитию кровотечения либо вследствие разрыва расширенных вен, либо из дефекта слизистой вследствие нарушения свертывающей системы портальной крови.
2. кровотечение у больных с портальной гипертензией, некоторые лечебные мероприятия, направленные на остановку кровотечения — приводят к падению портального давления и, как следствие — нарушению перфузии печени, развитию печеночной недостаточности.

Таким образом, имеет место порочный круг, что и обусловливает неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных. В значительной мере подобные результаты обусловлены и низкой распространенностью применения современных технологий на Украине, где наиболее широкое распространение нашла выжидательная тактика, в основе которой главным образом находится реализация механизмов спонтанного гемостаза.

При кровотечении из расширенных вен пищевода применяются различные методы лечения: медикаментозная терапия, баллонная тампонада, склерозирование вен пищевода пара- и интравазально с использованием различных склерозантов, пломбирующих материалов, фибринового клея, эндоскопическое лигирование и клипирование вен пищевода, различные варианты портокавального шунтирования, трансюгулярное портокавальное шунтирование, пересадка печени. У многих больных хирургическое вмешательство невозможно ввиду тяжелого состояния и технических причин (Johansen K., 1989). В связи с этим, все большее предпочтение отдается малоинвазивным методикам.

Вместе с тем, остаются неопределенными показания к применению отдельных методик, условия их наибольшей эффективности.

Таблица 2. *Сравнительные результаты наблюдения больных, перенесших кровотечение из ВРВП (М+)*

Критерии	Консервативное лечение 71 чел (%)	Эндоскопическая облитерация 107 чел (%)
Рецидив кровотечения в течение 12 мес.	75,85+ 4,96	20,75+ 3,84 (р 0,001)
Рецидив кровотечения в течение 24 мес.	88,05+ 3,76	28,64+ 4,34 (р 0,001)
Рецидив кровотечения в течение 60 мес.	98,59+ 1,39	34,58+ 4,60 (р 0,001)
Выживаемость в течение 12 мес	47,4+ 5,92	61,24+4,72 (р 0,05)
Выживаемость в течение 24 мес	33,55+ 5,76	55,4 + 4,82 (р 0,05)
Выживаемость в течение 60 мес	22,53+ 5,41	36,45+ 4,66 (р 0,05)

Примечание: различия между соответствующими показателями достоверны при p< 0,001 (ANOVA+ Newmann Keuls тест).

СЛУЧАЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ АДЕНОКАРЦИНОМЫ БРОНХОВ, МАСКИРУЮЩИЙ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Макарова Г.В.
Клиническая больница "Феофания", пульмонологическое отделение, Киев, Украина

Case of Bleeding from Adenocarcinoma of Bronchus Which Disfuise the Gastro-Intestinal Bleeding

G.V. Makarova
Clinical hospital "Feofaniya", Kiev

Summary

The patient with clinical of gastric-intestinal bleeding was all-round examination. Adenocarcinoma of right bronchus was source of bleeding.

Key words: adenocarcinoma of bronchus, gastric-intestinal bleeding.

Введение

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) — одно из самых грозных осложнений заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и составляет от 16,6 до 18,2% [1,2]. Однако диагностика источника ЖКК в определённых ситуациях бывает весьма затруднительна из-за попадания крови в желудок из источника кровотечения, который располагается в другой системе — бронхолегочной (БЛС). В этом ракурсе интересным является случай кровотечения из аденокарциномы бронхов, маскировавший ЖКК из ЖКТ.

Материалы и методы

Больной З., 80 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение 10/01-2006 г. с диагнозом: "Основное заболевание: желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии. Сопутствующая патология: хронический бронхит". За 2-е суток до момента поступления у больного открылась рвота кровью, появился чёрный стул (меленой); больной отмечал выраженную слабость, полуобморочное состояние

При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в полости желудка было обнаружено до 100 мл "кофейной гущи", однако источника кровотечения обнаружено не было. После проведения гемостатической терапии с целью дифференциальной диагностики была проведена бронхоскопия (бронхоскоп "РЕ Фуджинон" (Япония)).

Результаты и их обсуждение

При проведении бронхоскопии было выявлено: центральный tymor левого лёгкого, экзофит (аденокарцинома нижнедолевого бронха левого лёгкого с инфильтрацией "шпор", что было подтвержено гистологически), который и явился источником кровотечения. В данном случае кровь при кровотечении из аденокарциномы заглатывалась больным и, попав в желудок, подвергалась воздействию HCl желудочного сока и затем поступала в кишечник, имитируя ЖКК из ЖКТ. Таким образом, наличие у больных, особенно пожилого и старческого возраста, сочетанной патологии требует постоянной онконастороженности и всестороннего эндоскопического обследования.

Литература

1. Авраменко А.А., Гоженко А.И. (2004) Хеликобактериоз. (Одесса). 324 с.
2. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Овсянкин А.В. (2000) Применение фамотидина (квамател) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 6: 48-49

МІНІМАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ЕНДОСКОПІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАННЯХ ПРИ КРОВОТЕЧАХ ІЗ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ НЕВАРИКОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Головін С.Г., Задорожній О.М.
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

The Minimal References on Endoscopic Diagnostics and Miniinvasive Interventions of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding

V.I. Nikishayev, V.V. Boyko, S.G. Golovin, O.M. Zadorozhniy
Kyiv Municipal Clinical Emergency Hospital

Summary

Upper gastrointestinal bleeding continues to be a common cause of emergency hospital admission. Bleeding peptic ulcer is the commonest cause of an acute upper gastrointestinal bleed. In article our experience of treatment about 20 thousand patients with gastrointestinal bleedings is shown. Application of endoscopic methods of a hemostasis a highly effective method both for a stopping and for prophylaxis of recurrent bleeding.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, endoscopic hemostasis methods, injection therapy, thermal methods, mechanical method, second-look endoscopy, recurrent bleeding.

Вступ

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ВВШКТ) можуть бути ускладненням цілого ряду захворювань, по даних різних авторів їх частота складає 50-172 випадків на 100000 населення у рік. Летальність при гострих кровотечах із ВВШКТ залежить від віку хворого, наявності супутньої патології, важкості першого епізоду кровотечі і виникнення його рецидиву [10]. Сучасні методи ендоскопічного гемостазу (ЕГ) дозволили значно знизити летальність [9,11], однак в групі пацієнтів старшого віку і при наявності супутніх захворювань вона фактично не змінилась.

Багато авторів [2,3,8] вважають, що покращення результатів лікування пацієнтів з гострими ШКК можна досягти лише при концентрації їх в одній клініці, де цілодобово чергує спеціалізована бригада лікарів (хірург, ендоскопіст, анестезіолог). Навіть в висококваліфікованих клініках, де займаються даною проблемою епізодично — суттєвих змін досягти важко. Позитивних результатів можна досягти лише при комплексному підході по вирішенню цієї проблеми.

Лікування гострих кровотеч різного генезу і локалізації являється не тільки складною проблемою, що до сьогодні не має єдиної виробленої доктрини, але і такою, що потребує залучення значної кількості спеціалістів. При даній патології необхідна сама тісна взаємодія хірургів, ендоскопістів і анестезіологів, причому, враховуючи високу летальність після екстренних операцій і все більш популярну активно-вичікувальну тактику у хірургів, саме ендоскопістам відводиться найбільш важлива роль у лікуванні шлунково-кишкових кровотеч [12-14].

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням з 1982 по 2006 рік знаходилось 19630 пацієнтів з ШКК не варикозного генезу із ВВШКТ. Із них на виразкові кровотечі (ВК) припадає 12068 пацієнтів (61,5%), гострі виразки і ерозивно-геморагічні гастродуоденіти — 2962 (15,1%), пухлини — 1611(8,2%), синдром Меллорі-Вейсса — 1427 (7,3%), інші — 1562 (7,9%).

Відразу після поступлення в стаціонар (протягом 1-2 годин) пацієнтам було виконано екстрене ендоскопічне дослідження — езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) без попереднього промивання шлунку водою, що у 98% хворих дала можливість своєчасно встановити діагноз, причину кровотечі. Перед цим проводилась премедикація та місцева анестезія ротоглотки. Протипоказанням до ендоскопічного дослідження був агональний стан хворого. При нестабільній гемодинаміці (АТ менше 100 мм рт ст) ЕГДС проводилась після його стабілізації в відділенні інтенсивної терапії. Причому лікування в умовах відділення інтенсивної терапії здійснювалось при взаємодії лікарів-ендоскопістів, хірургів, анестезіологів, де основними принципами було: забезпечення прохідності дихальних шляхів, забезпечення внутрішньовенного доступу для введення медикаментів в магістральні вени, моніторинг центрального венозного тиску для визначення волемічного дефіциту, дослідження крові і сечі до і під час проведення лікувальних мероприємств (інфузія рідин, електролітів, крові і ін.), катетеризація сечового міхура, що дозволяло оцінити рівень діурезу (бажані показники більше 30 мл/год), з ціллю відновлення ОЦК проводились ряд невідкладних лікувальних маніпуляцій (внутрішньовенні інфузії ізотонічного розчину хлориду натрію, по показах декстрани, свіжозамороженої плазми, еритроцитарної маси і т.д.). При підозрі на патологію печінки і інших органів і систем додатково проводились відповідні дослідження, в тому числі і в динаміці.

При неефективності консервативного лікування проводилась ЕГДС не тільки з метою верифікації джерела кровотечі але і для проведення її зупинки.

Верифікація джерела кровотечі при ЕГДС проводилась з активною водною іригацією, що здійснювалась через біопсійний канал за допомогою шприца чи автоматичного водного іригатора власної конструкції (Патент України №55828 А). При триваючій кровотечі і неможливості виявити її джерело, проводилось промивання шлунку водою, що потребувало її проведення тільки у 2,1% хворих. Треба зазначити, що промивання шлунку водою всім хворим до ендоскопії: а) не полегшує повноцінний огляд; б) призводить до змивання фіксованих згортків та веде до розвитку активної триваючої кровотечі на момент огляду; в) є додатковим інвазивним втручанням у пацієнтів з ШКК, а зонд для промивання може утворювати додаткові пошкодження слизової, що ускладнюють верифікацію джерела кровотечі [4]. При відсутності даних за триваючу кровотечу (знаходження в шлунку значної кількості рідини типу "кавової гущі" без згорт ків крові та свіжої крові) і неможливості знайти її джерело — проводилось повторне дослідження через 4 години.

При огляді кровоточивих виразок використовувалась модифікована нами класифікація активності кровотеч по Forrest J.A.H.- Rosch W. [5]:

I група — тривалча кровотеча: F IA — цівкова; F IB — просочування; F Ix — з-під шільного фіксованого згустку, коли неможливо верифікувати джерело кровотечі.

II група — зупинена кровотеча: F IIA — "тромбована судина" (червона, чорна, біла, в діаметрі <2 мм); F IIB — фіксований згусток (червоний, чорний, білий, в діаметрі >2 мм); F IIC — мілкі тромбовані судини.

III група — відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Частота виявлених стигмат при виразках складала: F IA — 6,1%; F IB — 7,9%; F Ix — 1,1%; FIIA — 13,9%; F II B — 14%; F IIC — 8,9%; F III — 48,1% пацієнтів. У 50 пацієнтів, з колапсом в анамнезі, у момент госпіталізації було введено розчин октреотиду (сандостатину) по 50 мкг підшкірно і при проведенні ЕГДС (через 1-2 години) ознак триваючої активної кровотечі на момент огляду виявлено не було у жодному випадку.

При триваючій кровотечі (I група) та наявності ознак недавньої кровотечі (стигмати F IIA, F IIB) проводились мініінвазивні ендохірургічні втручання (МЕВ), спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику. Нами були проведені наступні ендоскопічні методи дії на джерело кровотечі з метою її зупинки або профілактики рецидиву кровотечі:

1. Теплова терапія — монополярна коагуляція (у різних модифікаціях), біполярна коагуляція, радіочастотна коагуляція, аргоноплазмова коагуляція).
2. Ендоскопічна ін'єкційна терапія (адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, новокаїн 0,25-0,5%, спирт).
3. Аплікаційні методи (розчини адреналіну, амінокапронової кислоти, клеї КЛ-3, МК-5,7,8, Ліфузоль, Статізоль, феракріл, Флінт, капрофер).
4. Механічний гемостаз (ендоскопічне кліпування, лігування).

Після ендоскопії визначалася подальша тактика введення хворих:

- хворі з кровотечею, яка триває — підлягали екстреному оперативному втручанню по життєвим показникам. Якщо хворий відмовлявся від операції, або мав тяжку супутню патологію, при якій ризик наркозу вищий за ризик операції, то застосовували пролонгований ендоскопічний моніторинг з інтервалами огляду через кожні 2-4 години з повторним неодноразовим проведенням МЕВ, що проводились на фоні консервативної терапії, віддаючи перевагу внутрішньовенній інфузії октреотиду (сандостатину) по 25 — 50 мкг/год та інгібіторам протонної помпи (ІПП);
- хворі з зупиненою активною кровотечею (F IA) — індивідуально по відношенню до кожного пацієнта приймалось рішення про вибір способу лікування (невідкладна чи рання відстрочена операція, в залежності від обтяжливих факторів прогнозу ризику рецидиву кровотечі, або консервативне лікування та ендоскопічний моніторинг);
- хворі з зупиненою кровотечею при активному просочуванні з під фіксованого згустку, наявності стигмат та відсутності ознак недавньої кровотечі — підлягались консервативному лікуванню та ендоскопічному моніторингу.

Хворі, яким потрібен моніторинг, розподілялися на три групи.

Перша — з високим ризиком рецидиву кровотечі (F IA та F Ix), друга — з середнім ризиком (F IB, F IIA, F IIB), третя — з низьким ризиком (F IIC та F III). Повторні ендоскопічні огляди в цих групах виконувались відповідно через 2-4, 4-6 та 12-24 годин. На повторних оглядах здійснювався контроль гемостазу, виконувались повторні лікувальні процедури, направлені на профілактику рецидиву кровотечі, а в деяких випадках уточнювався діагноз.

При кровотечі, з виразкових уражень стравоходу, шлунку і ДПК після проведеного ендоскопічного гемостазу з метою попередження лізису згортку крові на джерелі кровотечі в останні роки проводили внутрішньовенне введення різних форм ІПП — 40 мг омепразолу (Лосек, Омез) чи пантопразолу (Контролок, Пантасан).

При масивних кровотечах і геморагічних ураженях, а також у випадках, коли оперативне втручання при виразкових кровотечах неможливе, а ендоскопічний гемостаз неефективний, вводився октреотид одноразово з розрахунку 50-100 мкг, з подальшим його введенням 25-50 мкг/год крапельно протягом 3-5 діб.

Пептична виразка, ускладнена кровотечею є абсолютним показом для антигелікобактерної терапії після успішного ендоскопічного гемостазу. Відомо, що рання ерадикація Helicobacter pylori у хворих з виразковими кровотечами попереджує розвиток повторних кровотеч у віддаленому періоді у всіх без винятку хворих, у той час, як у хворих, що не отримали антигелікобактерну терапію, рецидиви виразкових кровотеч виникають у 30% і більше випадків. Тому починаючи із 2001 року усім пацієнтам з кровоточивими виразками проводився уреазний тест на визначення H. pylori, і у Hp-позитивних пацієнтів проводилась антигелікобактерна терапія згідно рекомендацій Маастрихтського консенсуса 2 — 2000, 3 — 2005.

Результати дослідження

Ефективність термічних методів гемостазу — електрокоагуляції (ЕК), аргоноплазмової коагуляції (АПК), радіочастотної коагуляції (РЧК) при активній триваючій кровотечі виразкового генезу — I група (F IA, F IB) складає 98-100%. Частота рецидивів кровотечі (РК) у цій групі при застосуванні ЕК складає 15,5%, АПК — 5,15%, РЧК — 4,3%. Частота РК після ЕГ у II групі (F IIA, F IIB) при застосуванні ЕК складає 8,2%, АПК — 4,95%, РЧК — 4,3%.

Ефективність ендоскопічної ін'єкційної терапії (ЕІТ) у групі пацієнтів I групи коливається від 95 до 100%, в залежності від виду агенту (адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, новокаїн 0,25-0,5%, спирт). Частота РК у цій групі складає від 12% (спирт) до 60% (інші агенти). Частота РК після ЕІТ у II групі (F IIA, F IIB) складає від 19% (спирт) до 38%. Таким чином проведення ЕІТ ефективна в плані зупинки триваючої кровотечі, але має високу частоту РК. При активній триваючій кровотечі з під фіксованого згортку крові (який неможливо видалити) і коли неможливо верифікувати джерело кровотечі (F Ix) єдиним методом ЕГ є ЕІТ з NaCl 0,9% у кількості 200-400мл.

Методи аплікаційної терапії для ЕГ нами застосовувались на початку нашої роботи. Проведення аплікаційної терапії було мало ефективно для зупинки триваючої кровотечі, і достовірно не знижували частоту РК, навіть при обробці стигмат кровотечі. На сьогодні ці методи ЕГ нами не використовуються.

Ефективність ендоскопічного механічного гемостазу для зупинки триваючої кровотечі та для профілактики її виникнення складає 100%, із частотою РК < 2%. Єдиною проблемою цього методу ЕГ являється неможливість його застосування при незручній локалізації дефекту у ДПК та складність виконання при щільній структурі ураження. Тому ми зараз застосовуємо механічний гемостаз при м'якій структурі дефектів. Ефективність ЕГ при виразкових кровотечах зростала при комбінації методів. Добре зарекомендували себе ЕІТ+ЕК, ЕК+ кліпування.

При стигматах кровотечі (F IIA, F IIB) найкраще зарекомендувла себе АПК, як неконтактний термічний метод гемостазу. При АПК коагуляція відбувається через газ аргон, немає контакту діатермічного зонда із тромбованою судиною чи згорстком, що може вести до поновлення активної кровотечі, як при застосуванні ЕК. При цівковій кровотечі (F IA) застосування АПК дешо утруднене, що пов'язано із рухомістю стінки органу при перистальтиці та зригуванням пацієнта, для більшої ефективності спочатку ми проводили ЕІТ з подальшою прицільною АПК джерела кровотечі.

При стигматах кровотечі (FIIC, F III) проведення МЕВ достовірно не змінює частоту РК, тому її проведення при них, як показано в наших попередніх дослідженнях, не є доцільним [6].

Після проведення МЕВ при F IA, F IB F IIA, F IIB з наступним внутрішньовенним введенням ІПП, кількість РК зменшилась в 2,5-3,1 рази, при цьому кількості повторних обстежень та МЕВ достовірно зменшилось.

При гострих виразках проведення ЕГ та моніторингу дозволило достовірно ($p<0,05$) знизити кількість операцій без суттєвої динаміки показників загальної летальності. При дифузних поверхневих ураженнях слизових — ерозивних, геморагічних, аноналіях судин, синдромі Меллорі-Вейсса нами застосовувались усі вище перечисленні методи ЕГ. Найефективнішими виявились термічні методи ЕГ, а саме РЧК та АПК, оскільки діють вони поверхнево і мають найменш пошкоджуючу патоморфологічну дію на тканини [1,7]. При дифузних поверхневих ураженнях слизових найбільш простим у застосуванні є АПК. При синдромі Меллорі-Вейсса тільки 22 роки тому був оперований один хворий з приводу кровоточивої виразки та кровотечі з розриву слизової стравохідно-шлункового переходу. У всіх інших випадках, завдяки застосування методів ЕГ та консервативного лікування, оперативних втручань не проводилось пацієнтам з приводу синдрому Меллорі-Вейсса. При одиночних м'яких ураженнях (типу виразки Дьелафуа та ін.) найкраще зарекомендували себе комбінація ЕІТ з термічними методами чи механічним гемостазом, ефективність їх складає 100%.

У пацієнтів з пухлинами ВВШКТ ускладнених ШКК нами застосовувались усі вище перечисленні методи ЕГ. Ефективність різних теплових методів та в поєднанні їх з ЕІТ складає майже 100%, що дає можливість проводити операції у цих пацієнтах у відстроченому періоді.

Клінічні результати використання різних методів ЕГ підтвердили наші попередні експериментальні дослідження на тваринах [1,6,7] по ефективності різних методів ЕГ в залежності від діаметру кровоточивої судини та розвитку патоморфологічних змін слизової після їх застосування.

Висновки

1. Лікувальні заклади, що надають допомогу пацієнтам з ШКК, повинні бути забезпечені ендоскопічним обладнанням (відеогастроскопи, відеоколоноскопи, фіброгастроскопи, фіброколоноскопи, відеодуоденоскопи, ендоскопічні електрохірургічні блоки, аргоноплазмові коагулятори, радіочастотні коагулятори, інструметарій, миючі машини для дезинфекції ендоскопів).
2. Усі переміщення хворого з підозрою на ШКК, пов'язані з транспортуванням, діагностичними або лікувальними заходами, виконуються тільки на каталці в лежачому положенні.
3. На догоспітальному етапі усім пацієнтам із явними ознаками ШКК вводити розчин октреотиду (сандостатину) по 50 мкг підшкірно.
4. Відразу після поступлення в стаціонар (протягом 1-2 годин) провести екстрене ендоскопічне дослідження — ЕГДС. При важкому стані хворого (важких супутніх захворюваних, не стабільній гемодинаміці) обстеження повинно проводитись із залученням анестезіологів. Протипоказанням до ендоскопічного дослідження є тільки агональний стан хворого.
5. ЕГДС повинен проводити лікар-ендоскопіст, котрий досконало володіє методиками проведення обстеження та всіма ендоскопічними МЕВ при кровотечі.
6. Для діагностичної ендоскопії використовують ендоскоп з торцевою оптикою, який дозволяє виконувати огляд верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка).
7. Не допускається промивання шлунку перед ендоскопічним дослідженням.
8. Обов'язкове проведення премедикації за 20-30 хв. до обстеження.
9. Ендоскопічне дослідження виконується на столі (ендоскопічний, операційний), який дозволяє міняти положення хворого під час ендоскопії, що допомагає оглянути усі ВВШКТ при наявності в просвіті великої кількості крові.
10. Виконання ендоскопічного обстеження з використанням засобів гемостазу та проведення ендоскопічного моніторингу дозволяють попереджувати рецидив кровотечі та виявляти його до виникнення клінічних ознак у 80%, що й визначає подальший характер лікувальної тактики.
11. При триваючій кровотечі — I група (F IA, F IB, F Ix) та наявності ознак недавньої кровотечі (стигмати F IIA, F IIB) необхідно проводити МЕВ, спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику.
12. Кожен метод ЕГ має свої переваги та недоліки, пов'язані з притаманним гемостатичним механізмом та безпосередньо з технікою та можливістю виконання процедури.
13. При виразкових кровотечах найбільш ефективними є:
    - електрокоагуляція, АПК, РЧК;
    - механічний гемостаз;
    - а також комбінації ЕІТ+ЕК чи ЕК+ механічний гемостаз.
14. При стигматах кровотечі (F IIA, F IIB) оптимальним для застосування є АПК, як неконтактний термічний метод гемостазу.
15. При дифузних поверхневих ураженнях слизових найбільш ефективними є: РЧК та АПК.
16. При одиночних м'яких ураженнях (виразка Дьелафуа та ін.) найбільш ефективними є комбінація ЕІТ з термічними методами чи механічним гемостазом.
17. Після проведеного ендоскопічного гемостазу необхідно вводити внутрішньовенні форми ІПП.
18. У випадках, коли оперативне втручання при виразкових кровотечах неможливе, коли пацієнт відмовляється від операції, а ендоскопічний гемостаз неефективний, необхідно вводити октреотид та ІПП.
19. Усім пацієнтам із кровоточивими виразками необхідно проводити визначення H. pylori, і у Hp-позитивних пацієнтів проводити антигелікобактерну терапію згідно рекомендацій Маастрихтського консенсуса 2 — 2000, 3 — 2005.

Література

1. Бойко В.В. (2006) Патоморфологічні зміни шлунку при експериментальному застосуванні радіочастотної коагуляції в якості метода ендоскопічного гемостазу. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 10; 3: 23-24
2. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми язвенными кровотечениями. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 5-6
3. Кондратенко П.Г., Хараберюш В.А., Епифанцев А.А., и др. (2001) Организация оказания специализированной помощи больным с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 8-9
4. Никишаев В.И. (2001) Эндоскопическая диагностика при желудочно-кишечных кровотечениях. Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Випуск 8: 207-210
5. Нікішаєв В.І. (1997) Діагностична і лікувальна фіброгастроскопія при шлунково-кишкових кровотечах. Матеріали ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю створення Львівської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги "Сучасні аспекти невідкладної допомоги". (Львів). 144-145
6. Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та мініінвазивна ендохірургія при кровотечах з гастродуоденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф. дис. ... д. мед. наук. (Київ). 38 с.
7. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Головін С.Г. (2005) Клініко — експериментальне дослідження ефективності термічних методів ендоскопічного гемостазу. Шпитальна хірургія. 3: 83-85
8. Фомин П.Д., Никишаев В.И., Головин С.Г., и др. (2000) Принципы хирургической помощи при кровоточащих гастродуоденальных язвах. Неотложная медицинская помощь. Сборник статей. (Харьков). "Основа". Выпуск 3: 99-105
9. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., et al. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage — a meta-analysis. Gastroenterology. 102: 139-148
10. Lau J.Y., Sung J.J., Lam Y.H., et al. (1999) Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N Engl J Med. 340: 751-756
11. Sacks H.S., Chalmers T.C., Blum A.L., et al. (1990) Endoscopic hemostasis: an effective therapy for bleeding peptic ulcers. JAMA. 264: 494-499
12. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., et al. (1995) For the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 346: 346-350
13. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., et al. (1997) Influencing the practice and outcome in acute upper gastrointestinal haemorrhage. Steering Committee of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Gut. 41: 606-611
14. Rollhauser C., Fleischer D.E. (2000) Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding. Baillieres Clin Gastroenterol. 14: 391-410

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е.
Донецкий государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной хирургии и эндоскопии

Experience and Prospects of the Use of Endosurgery Methods at Bleeding from Acute Gastric Ulcers

P.G. Kondratenko, E.E. Radenko
Donetsk state medical university, Ukraine

Summary

Experience of treatment of patients with the acute gastric ulcers complicated by bleeding for a period with 1995 on a 2004 is analysed. The treatment 4432 patients with the given pathology have passed. We expose proceeding bleeding during primary research it at 10,3% patients. In work the algorithm of the use of endosurgery methods coming from an endoscopic find is analysed in detail. The efficiency of primary endoscopic gemostasis made 88,7% The relapses of a bleeding have arisen at 6,1 % of the patients. The general mortality was 6,3%.

Key words: gastrointestinal bleeding, peptic ulcers, endoscopic heamostasis and treatment.

Введение

Кровотечения в просвет пищеварительного канала всегда представляли сложную проблему. На заре развития хирургии кровотечений основной проблемой была диагностика. Казалось, что с решением этой проблемы, значительно улучшатся и результаты лечения. После внедрения мининвазивных технологий диагностический аспект стал не столь актуальным, но возникли проблемы тактического плана. Известный постулат, что осложненное течение язвенной болезни является показанием к выполнению оперативного пособия, наверное, требует пересмотра. Все ли больные подлежат оперативному лечению, в какие сроки должна выполняться операция, какой объем операции оптимален? Внедрение эндоскопических методов остановки и профилактики рецидивного кровотечения, современная фармакотерапия привели к значительному снижению числа операций не только в экстренном порядке, так называемых "операций отчаяния", но и плановых оперативных пособий. Игнорировать успехи абдоминальной эндоскопии в этом сложном вопросе нельзя. Безусловно, когда эффективность эндоскопического гемостаза близка к 100%, а надежность консервативных мероприятий, в том числе и эндоскопических, по профилактике рецидива кровотечения достигают 90,2 — 94%, невольно возникает вопрос о целесообразности применения активной хирургической тактики. Выжидательной тактике ведения этих больных в последнее время отдается предпочтение, хотя, иногда, в ущерб здравому смыслу. Даже при глубоких язвенных дефектах с пенетрацией, с крупными выстоящими в просвет тромбированными сосудами, а в некоторых случаях и при рецидивах кровотечения, по-прежнему, стараются проводить эндоскопические мероприятия до "очищения" язвенного дефекта и снижения риска рецидива кровотечения (РК). Подобная тактика иногда приводит к возникновению РК, выполнению запоздалых оперативных вмешательств. Снова возникает проблема — все ли больные нуждаются в консервативном лечении, где границы применения эндоскопических методов, где предел возможностей "малой" хирургии и когда наступает время "большой" хирургии.

Материалы и методы

С кровотечением язвенной этиологии в период с 1995 по 2004 гг. в клинику госпитальной хирургии и эндоскопии Донецкого государственного медицинского университета поступило 4432 пациента. Продолжающееся кровотечение или эндоскопические признаки ненадежного гемостаза при поступлении выявлены у 3733 больных (84,2%). У 699 больных при первичном исследовании в дне язвенного дефекта определялся налет фибрина (Forrest III). Всем больным выполнялись эндоскопические мероприятия по остановке первичного и рецидивного кровотечения и лечебный эндоскопический мониторинг. У 386 больных (10,3%) при поступлении отмечалось продолжающееся кровотечение. Эндоскопический локальный гемостаз (ЭЛГ) проведен 372 больным. Проведение эндоскопического лечебного мониторинга (ЭЛМ) было показано 4046 больным с признаками ненадежного гемостаза — видимыми тромбированными сосудами, сгустками, геморрагическим налетом в дне или краях дефекта. Даже налет фибрина в дне язвы при первичном исследовании мы не расценивали как признак надежного гемостаза и проводили необходимые эндоскопические мероприятия. ЭЛМ проведен 3811 больным (93,8%). По тем или иным причинам (отказ больного, тяжесть состояния) у 14 больных

Метод	Тип								
	Forrest II a			Forrest II b			Forrest II c		
	N*	PK*	Надежн*	N*	PK*	Надежн*	N*	PK*	Надежн*
Инфильтрационный	1297	112	91,4%	463	77	83,4%	524	58	89%
Инфильтр. + ДК	33	4	87,9%	97	5	94,8%	4	0	100%
Инфильтр. + ГДК	4	2	50%	25	1	96%	4	0	100%
ДК	2	0	100%	7	0	100%	0	0	---
Аппликация этанола	301	83	72,4%	157	142	81%	158	15	90,5%
Всего	1637	201	87,7%	749	142	81%	690	73	89,4%
Инфильтр. + АПК	21	3	85,7%	11	1	90,9%	19	1	94,7%

N*– количество больных, РК* — количество рецидивов кровотечения, Надежн*. — отсутствие рецидивов кровотечения (%)

(3,6%) с продолжающимся кровотечением и у 253 больных (6,3%) с состоявшимся кровотечением эндоскопические мероприятия не производились. Эндоскопические методы показаны во всех случаях при наличии продолжающегося кровотечения и признаков ненадежного гемостаза. Единственным противопоказанием является терминальное (агонирующее) состояние больного. В клинике применяются: инъекционный и инфильтрационный методы, диатермо — и гидродиатермокоагуляция, термокаутеризация, аргоно-плазменная коагуляция, как изолированно, так и в сочетании. Выбор метода воздействия определяется врачом — эндоскопистом в зависимости от состояния дна язвенного дефекта.

Результаты и их обсуждение

Продолжающееся кровотечение

Продолжающееся кровотечение является абсолютным показанием к выполнению ЭЛГ. За вышеуказанный период его применение потребовалось у 386 больных (10,3%). К сожалению, у 14 больных из-за отказа или тяжести состояния эндоскопические манипуляции не выполнялись. Из этой группы оперированы 10 больных (71,4%). Послеоперационная летальность — 30% (3 больных). Еще четверо больных (28,6%) из-за отказа от операции лечились консервативно. Умерло 2 больных (50%). С сожалением приходится констатировать, что существенно повлиять на эти результаты, вероятнее всего, не представлялось возможным. У остальных 372 больных выполнен ЭЛГ. Оценку эффективности методов проводили по окончательному результату — достижению устойчивого гемостаза. В качестве базового метода использовался комбинированный эндоскопический гемостаз — инъекции вазоконстрикторов, инфильтрация перивазальных тканей физиологическим раствором и диатермокоагуляция (ДК). Данный метод применен у 147 больных (39,5%), эффективность — 86,4% (127 больных). У 28 больных, наряду с инъекционным способом использовался метод гидродиатермокоагуляции (ГДК). Эффективность метода — 100%. Необходимо отметить, что метод использовался только при кровотечении типа Forrest 1b (подтекании крови из дна дефекта). У одного больного совместно с инъекционным методом, использовалась лазерная фотокоагуляция. Достигнут устойчивый гемостаз. Также следует подчеркнуть, что благоприятные условия для применения данного метода возникают крайне редко. Поэтому, несмотря на его эффективность, все же реально рассматривать его как альтернативу остальным методам не приходится. У двоих больных инъекционный метод дополнен термокаутеризацией. Эффективность — 50%. Изолированное применение только инъекционного метода выполнено у 167 больных (44,9%). Эффективность ЭЛГ — 92,2% (154 больных). У 11 больных изолированно использовалась ДК. Эффективность ЭЛГ — 63,6% (7 больных). У остальных 16 больных с кровотечением минимальной интенсивности изолированно использовался метод ГДК с эффективностью 76,3%.

Таким образом, следует отметить, что статистически достоверна эффективность применения инъекционного метода ЭЛГ. В дополнении с ГДК (при подтекании крови) его эффективность достигает 100%. Следует отметить, что относительно низкая эффективность сочетания инъекционного метода и ДК (86,4%) следует рассматривать как погрешность выполнения или нарушение алгоритма применения метода.

В последнее время нами стал активно использоваться метод аргоно-плазменной коагуляции (АПК). Накоплен опыт применения этого метода у 63 больных. Остановку продолжающегося кровотечения выполнили у 12 больных: у 8 больных при первичном осмотре и у 4 больных с рецидивным струйным кровотечением. Только в одном случае не удалось добиться устойчивого гемостаза, хотя первичный гемостаз был достигнут. Таким образом, эффективность ЭЛГ — 91,6%. Необходимо отметить, что наилучшие результаты достигались при сочетании этого метода с предварительной инфильтрацией перивазальных тканей физиологическим раствором.

Состоявшееся кровотечение

Наибольшие сложности прогностического и тактического плана возникают у больных с эндоскопическими признаками ненадежного гемостаза (НГ). К таковым относят видимые тромбированные сосуды (1751 больной — 39,5%), сгустки крови (816 больных — 18,4%) и геморрагический налет в дне дефекта (780 больных — 17,6%). Критерием оценки эффективности применения методов явилось отсутствие РК. Следует отметить, что все больные в исследуемой группе получали стандартную медикаментозную терапию: антисекреторные препараты в оптимальных дозах, антациды, топические противоязвенные препараты, заместительную корригирующую инфузионную терапию. Базовым методом эндоскопического лечебного мониторинга (ЭЛМ) явился инфильтрационный метод. Кроме того, применялись и комбинации методов. Полученные результаты приведены в таблице. В таблице учтены только те больные, которым проведен полный комплекс ЭЛМ по вышеуказанным методикам.

Анализируя полученные результаты, следует признать, что наиболее заметные положительные результаты получены от применения инфильтрационного метода и при сочетании его с коагуляционными. Перспективным мы считаем дальнейшее применение АПК. Быстрый коагулирующий эффект становится незаменимым при сгустках или геморрагическом налете в дне язвенного дефекта. Тем не менее, при наличии видимых тромбированных сосудах в дне язвенного дефекта, предпочтение следует отдавать диатермокоагуляции.

В последнее время мы разделяем РК на две группы. Клинически значимые рецидивы, которые сопровождаются ухудшением общего состояния, снижением показателей красной крови, приводят к изменению тактики лечения. РК, которые выявляются только эндоскопически и не имеют каких-либо клинических проявлений, мы относим в группу клинически не значимых. Как правило, тактика лечения остается неизменной, но меняются и эндоскопические и медикаментозные составляющие этого лечения.

Разработанная в клинике базовая лечебно-тактическая программа регламентирует алгоритм проведения ЭЛМ. Основными факторами, определяющими тактику ведения больного, являются эндоскопические данные — состояние дна язвенного дефекта. На основании компьютерного анализа определены критические сроки существования разных признаков ненадежного гемостаза, за которыми следует изменение тактики лечения. Опыт показывает, что нарушение тактики лечения по различным причинам объективного или субъективного характера, приводит к значительным проблемам в дальнейшем. Тем не менее, в некоторых (довольно частых) случаях, проведение ЭЛМ позволяет не только стабилизировать патологический процесс, но и выиграть время для подготовки к неизбежному оперативному вмешательству. Мы считаем, что выполнение оперативного вмешательства обосновано и целесообразно при возникновении рецидивов кровотечения в течение суток, длительно сохраняющихся признаках ненадежного гемостаза, невозможности или бесперспективности выполнения ЭЛМ и ЭЛМ (анатомические особенности, рубцовые сужения, большие и глубокие язвенные дефекты, неадекватное поведение больного при высокой степени риска рецидива кровотечения).

Выводы

Полученные данные позволили дифференцированно подойти к выбору методов ЭЛГ и ЭЛМ. При продолжающемся кровотечении наиболее эффективным является инфильтрационный метод ЭЛГ в сочетании с коагуляционными (ДК и ГДК). Он практически одинаково эффективен и при струйном кровотечении (82,6%) и при подтекании крови (95,1%). Следует более широко использовать возможности метода аргоно-плазменной коагуляции (эффективность АПК при сочетании его инфильтрационным методом — 91,6%).

Признаки НГ являются показанием к проведению ЭЛМ. При наличии тромбированных сосудов в дне дефекта наиболее эффективным был метод инфильтрационного гемостаза (91,4%). Значительно расширились показания к применению коагуляционных методов. При сгустках крови надежность сочетания инфильтрационного метода и коагуляционных (ДК и ГДК) достигает 94-96%. Аналогичные результаты достигались и при наличии геморрагического налета в дне язвенного дефекта. Метод АПК наиболее эффективен именно при сгустках и геморрагическом налете — 90,9% и 94,7% соответственно. При тромбированных сосудах в дне язвенного дефекта АПК следует применять с большой осторожностью. Высокая температура коагуляции может привести к повреждению внутрисосудистого тромба и возобновлению кровотечения.

Литература

1. Братусь В.Д. (2001) Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. (Киев). "Здоровье". 270 с.
2. Горбашко А.И. (1974) Острые гастродуоденальные кровотечения. (Ленинград). "Медицина". 240 с.
3. Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. (2006) Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала: Практическое руководство. (Донецк). 420 с.
4. Короткевич А.Г., Меньшиков В.Ф., Крылов Ю.М. (1997) Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений при язвенной болезни. (Методические рекомендации для врачей-курсантов). (Ленинск-Кузнецкий).
5. Луцевич Э.В., Яремa И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. (1991) Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия. 9: 55-60
6. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. (1987) Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. (Москва). Медицина. 256 с
7. Скрябин О.Н., Коробченко А.А., Лобач С.М., Мусинов И.М. (1997) Роль эндоскопии в определении показаний к оперативному лечению синдрома Маллори-Вейсса и кровоточащих острых гастродуоденальных язв. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 156; 2: 35-37
8. Хірургічні хвороби: Підручник. (2006) За ред. проф. П.Г.Кондратенка. (Харків). "Факт". 816 с.
9. Элин А.Ф. (1997) Хирургическое лечение больных с ненадежным гемостазом при острокровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. (Харьков). 23 с.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СКЛЕРОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕКОМПЕНСОВАНИХ ФОРМ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Бурий О.М., Котенко О.Г., Калита М.Я., Васильєв О.В., Крощук В.В., Коршак О.О.

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

Вступ

Метод ендоскопічної склеротерапії варикозно-розширених вен стравоходу при цирозі печінки широко застосовується в клінічній практиці для профілактики гострої кровотечі. Особливо це є актуальним у хворих, що знаходяться у листі очікування на трансплантацію печінки. Але по теперішній час відсутні єдині позиції щодо доцільності використання ендоскопічної склеротерапії для профілактики виникнення першої кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку при цирозі печінки. Ефективність застосування ендоскопічної склеротерапії для зупинення гострої кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу значно вища за інших методів консервативної терапії. Найбільш практичне значення має частота процедур.

Метою здійснення склеротерапії являється досягнення облітерації варикозно-розширених вен до виникнення рецидиву кровотечі щоб запобігти важких ускладнень, збільшення тривалості життя хворих та підготовки пацієнтів для виконання трансплантації печінки.

Матеріали та методи

Ендоскопічна склеротерапії нами була застосована в якості основного методу лікування варикозно-розширених вен стравоходу в плановому порядку 438 хворих цирозом печінки в стадії декомпенсації. Хворі складали групу із 326 (74,4%) чоловіків та 112 (25,6%) жінок у віці від 17 до 70 років. У 296 (67,6%) хворих в анамнезі були кровотечі із варикозних вен стравоходу та шлунку, 142 (32,4%) хворим лікування було призначене з метою профілактики виникнення першої кровотечі. Основними показниками для призначення склеротерапії були: наявність варикозного розширення вен стравоходу I-II ступеню (K.J.Paquet, 1983), значної цитопенії, обумовленою вторинним гіперспленізмом та наявність резистентного асциту. У випадках виявлення варикозно-розширених вен III ступеню застосовувались хірургічні методи корекції з наступною, при необхідності, склеротерапією.

Ендоскопічну склеротерапію виконували за допомогою ендоскопу Olympus GIF-1T10 та стандартного ін'єктора NM-1K. Нами була використана методика інтравазального введення ін'єкцій 96% розчину етилового спирту. За один сеанс вводили 4-6 мл склерозуючої речовини в 4-6 точках розширеної вени на відстані 2-4 см одна від одної в нижній та середній третині стравоходу. Курс ендоскопічної склеротерапії включав 3-5 ін'єкцій з інтервалом 1-2 доби. Курси повторювали через 3-6 місяців до досягнення стійкої облітерації або зменшення варикозно-розширених вен стравоходу. Строки спостереження складали від 0,5 до 5 років.

Результати

При виконанні контрольних ендоскопічних досліджень та склеротерапії у віддалені строки встановлено, що після 3 курсів лікування варикозно-розширені вени помітно зменшувались у розмірах, не випиналась у порожнину стравоходу, напруження венозної стінки знижувалось, слизова оболонка потовщувалась, кровотеча з місця ін'єкції судини була відсутня. Повна облітерація варикозно-розширених вен після 3-5 курсів склеротерапії була виявлена у 246 (56,2%) хворих, у 114 (26,1%) пацієнтів відмічено варикозне розширення I-II ступеню. Прогресування варикозно-розширених вен шлунку після склеротерапії та облітерація вен стравоходу не спостерігалась, однак у 78 (17,8%) хворих виявлялись значні судинні сплетіння та ерозії малої кривизни та фундального відділу шлунку.

Віддалені результати були вивчені у 324 (74,1%) хворих, в тому числі у 219 з попередніми кровотечами із варикозно-розширених вен стравоходу та 106 — після профілактичного застосування ендоскопічної склеротерапії. Рецидиви кровотеч із вен стравоходу та шлунку виникали у 69 (15,6%) хворих, 26 (5,9%) з яких померли. Рецидиви виникали на протязі першого року, а в 53 хворих — на протязі 4-6 місяців від початку виконання склеротерапії. У зв'язку з цим вважаємо доцільним проводити повторні курси ендоскопічної склеротерапії в перший рік від початку лікування через 3-4 місяці, збільшуючи інтервал до 6 місяців до досягнення ефекту.

Значна кількість ускладнень в найближчому та віддаленому періодах була обумовлена трофічними порушеннями слизової оболонки стравоходу в результаті введення склерозуючої речовини (некроз, утворення виразок). З метою зниження кількості цих ускладнень у 116 (26,5%) хворих під час курсів склеротерапії використовувалась ендоскопічна лазерна терапія. В інтервалах між сеансами введення склерозуючої речовини виконували опромінення зони ін'єкцій монохромним випромінюванням гелій-неонового лазера 35 МВт та довжиною хвилі 0,63 мкм на протязі 3 хвилин. Лазерне опромінення сприяло покращанню мікроциркуляції слизової оболонки стравоходу, а також прискорювало процеси репаративної регенерації.

Показники гемодинаміки в системі воротної вени та функціональний стан печінки оцінювали у 284 (64,8%) хворих, які отримували пролонговану склеротерапію, до початку лікування та після проведення першого та наступних курсів. При дослідженні об'ємного кровотоку виявлено достовірне збільшення об'єму портального кровотоку після ендоскопічної склеротерапії з 440±50,0 мл/хв до 580±50,0 мл/хв у найближчому періоді ($p<0,05$). По досягненню облітерації варикозно-розширених вен стравоходу у віддаленому періоді об'ємний кровоток воротної вени значно перевищував (590±55,0 мл/хв) аналогічний показник у хворих зі збереженими венами (475±60,0 мл/хв).

Висновки

Таким чином, хворим з цирозом печінки за наявності загрози або наявності в анамнезі кровотеч із варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку рекомендується проведення ендоскопічної склеротерапії із-за високого ступеню ризику виникнення рецидиву та значної смертності. Повторне призначення курсів склеротерапії сприяло зменшенню розміру варикозного розширення та облітерації вен, знижуючи тим самим небезпеку виникнення рецидиву кровотечі.

Частота виникнення рецидивів корелювала з показниками функціонального стану печінки та ступенем варикозного розширення вен. Повна облітерація вен спостерігалась при контрольних обстеженнях у 50-65% хворих, середній термін її досягнення складав 1,5 роки. Рецидиви варикозного розширення вен стравоходу після виконання склеротерапії, що мали місце в 15-60% випадків, пов'язують з недостатньою облітерацією перфорантних вен та наявністю виражених паразофагеальних судинних колекторів, про що свідчать дані ендоскопічної ультрасонографії. Ендоскопічна склеротерапія з метою профілактики та лікування гострої кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу достатньо надійна та може складати одну з позицій в комплексному лікуванні хворих цирозом печінки, що готуються до трансплантації печінки.

Література

1. Avgerinos A., Armonis A., et al. (1997) Endoscopic sclerotherapy versus variceal ligation in the long-term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding. A prospective randomized study. J. Hepatology. 26: 1034-1041
2. Буланов К.И. (1996) Многофакторный анализ риска возникновения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени. Клин. хирургия. 10: 24-26
3. Буланов К.И., Чуклин С.Н. (1999) Декомпенсированный цирроз печени. (Львов). 191 с.
4. Ерамишанцев Л.К., Шершингер А.Г., Боур А.В. (1998) Современные подходы к тактике лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией. Анн. хирург. гепатологии. 3; 3: 142
5. Garrett K.O., Reilly J.J., Schade R.R. et al. (1988) Bleeding esophageal varices: treatment by sclerotherapy and liver transplantation. Surgery. 104: 819-823
6. Hou M.C., Lin H.C., Chen C.H., et al. (1995) Changes in portal hypertensive gastropathy after endoscopic variceal sclerotherapy or ligation: an endoscopic observation. Gastrointest. Endosc. 42: 139-144
7. Fleig W.E. (1990) Prophylactic therapy for variceal hemorrhage revisted. Surg. Clin. North. Amer. 70: 463-474
8. Moriyasu F., Nishida O., Ban N., et al. (1986) Measurement of portal vascular resistence in patients with portal hypertension. Gastroenterology. 90; 3: 710-717
9. Sezai S., Ito M., Sakurai Y., et al. (1998) Effects on gastric circulation of treatment for portal hypertension in cirrhosis. Dig. Dis. Sci. 43: 1302-1306

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Никишаев В.И., Головин С.Г.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, отделение эндоскопической диагностики и хирургии

Rational Tactics of Treatment of Patients with the esophagus and Stomach Variceal Bleeding

V.I. Nikishaev, S.G. Golovin

Kiyv municipal emergency hospital, department of endoscopy diagnostic and surgery

Summary

In the given work experience of treatment of 1366 patients with the esophagus and stomach variceal bleeding is presented. A proceeding bleeding from varices has been revealed at 31 % of patients. Endoscopic methods of a hemostasis at the specified pathology are applied at 458 patients. Besides bleeding varices, were sources of a bleeding, had been found out also other defeats of the top departments of a gastroenteric path at 371(28%) patients. Depending on a kind endoscopic hemostasis all patients have been divided into 7 groups (intravenous sclerotherapy, paravasal sclerotherapy, combined sclerotherapy, combined occlusive sclerotherapy, endoscopic clipping and ligation, a combination of intravenous sclerotherapy and clipping). At height of a bleeding the hemostasis was effective at 85,9% from 411 patients with a proceeding variceal bleeding , thus hemostatic effect has been achieved at all patients in II, V, VI and VII groups. "Small" complications were absent after clipping and is authentic less often were observed after a combination of a mechanical hemostasis with intravenous sclerotherapy (8,1%), and as after combined occlusive sclerotherapy (13,1%) in comparison with other methods. Relapse of a bleeding was least observed after a combination mechanical and intravasal hemostasis, the obliteration of veins was more often observed after intravasal and combined methods of hemostasis.

Key words: variceal bleeding, endoscopic hemostasis methods.

Введение

Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка представляет собой сложную задачу вследствие того, что кровотечение из ВРВ пищевода и желудка в 5-6 раз чаще, чем при язвенной болезни носит профузный характер; оно развивается на фоне значительных системных нарушений (снижение функционального резерва печени, асцит, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, гипопротеинемия, коагулопатия). Сочетание указанных отрицательных факторов со свойственной таким пациентам энцефалопатией и негативным compliance приводит к тому, что при первом кровотечении умирают от 25% до 84% больных, а оперативное лечение приводит к летальному исходу в 70% случаев. В связи с этим, важное значение приобретают малоинвазивные вмешательства, в том числе эндоскопические методы гемостаза (ЭМГ) и профилактики рецидива кровотечения (РК) [1-6].

Цель исследования: выработать рациональную тактику лечения больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка путем сравнительного анализа различных способов эндоскопического гемостаза при указанной патологии.

Материалы и методы

За период 1982-2006 гг. под нашим наблюдением находилось 1366 больных (941 мужчина и 425 женщин) с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Соотношение мужчин и женщин составило 2,2:1. Сроки госпитализации: в первые 6 часов от начала заболевания поступили — 40%, от 6 до 12 часов — 13,3%, от 12 до 18 часов — 10%, от 18 до 24 часов — 15% и свыше 24 часов 21,7% больных. По клинико-лабораторным данным умеренная степень тяжести кровотечения была у 10,5%, средняя — у 34,2% и тяжелая — у 55,3% больных. Эндоскопическое исследование было выполнено 1327 пациентам; из них в течение первых трех часов с момента госпитализации эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) была выполнена 72%, и в отсроченном, после стабилизации витальных функций, порядке (от 3 до 24 часов) — 28% больных. В 39(2,9%) случаях эндоскопическое исследование не проводилось в связи с предагональным сотоянием больных. У 76% пациентов были обнаружены ВРВ пищевода, у 22,1% — пищевода и желудка, а у 1,9% — только желудка. Продолжающееся кровотечение из ВРВ при первичной ЭГДС было выявлено у 36,8% пациентов, у 17% на ВРВ был выявлен фиксированный сгусток крови и у 46,2% — налет фибрина. Эндоскопические методы гемостаза при указанной патологии применены нами у 458 больных в возрасте от 16 до 80 лет (52,5±2,46 лет).

Помимо варикозных вен, являвшихся источниками кровотечения, были обнаружены и другие поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 371(28%) пациента. Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 100 (7,5%) больных, ЯБ желудка у 45 (3,4%), синдром Меллори-Вейсса — у 28 (2,1%), рецидивные язвы после перенесенных операций на желудке у 8 (0,6%), острые эрозии желудка и ДПК — у 125 (9,4%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с эрозивно-язвенным поражением пищевода — у 58 (4,4%), рак желудка — у 5 (0,4%), язва Дьелафуа — у 2 (0,2%). При этом у 187 (14,1%) пациентов имелись признаки кровотечения из двух источников, что потребовало применения ЭМГ и к эрозивно-язвенному поражению (электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, сочетание инъекционной терапии с термическим методом и др.). В группе больных с двумя источниками кровотечения умеренная степень кровотечения наблюдалась в 2,1% случаев, средняя — в 11,8% и тяжелая — в 86,1%.

В зависимости от вида эндоскопического гемостаза при кровотечении из ВРВ все больные были разделены на 7 групп.

В I группе (63 пациента — 13,8%) мы осуществляли инъекции склерозанта интравазально (интравазальная склеротерапия — ИВС) с целью облитерации вены. За один сеанс в среднем вводили 16,9±0,81 мл склерозанта. Всего потребовалось в среднем 4,4±0,34 сеансов для воздействия на все ВРВ.

Во II группе (94 — 20,5%) раствор "мягкого" склерозанта вводили паравазально (ПВС) для создания сдавливающей "муфты" вокруг расширенной вены. В дальнейшем, после развития асептического воспаления в области введения такая муфта замещается соединительной тканью (в среднем вводили 36±1,39 мл склерозанта за сеанс, потребовалось 5,4±0,29 сеансов для воздействия на все ВРВ).

В III группе (52 — 11,4%) мы выполняли склеротерапию путем последовательного введения паравазально 35% этанола и интравазально 4-10 мл 3% раствора тромбовара (до 1996 года, в последующем — 70-900 этанола). За один сеанс вводили в среднем 12,7±0,76 мл склерозанта интравазально и 37,2±1,5 мл паравазально. Всего потребовалось в среднем 5,5±0,31 сеансов для воздействия на все ВРВ. Такая комбинированная склеротерапия (КС) давала возможность достичь одновременно две цели — сдавливание вены на уровне разрыва и ее облитерацию. С целью предотвращения нежелательного распространения интравазального склерозанта с током крови и достижения более полной облитерации вены указанная методика нами была усовершенствована.

В соответствии с разработанным нами "Способом эндоскопічного припинення кровотечі з варикозно розширених вен шлунку" (Патент України 46938 А від 9.02.1999р.) в IV группе пациентов (61 — 13,3%) мы проводили комбинированную окклюзионную склеротерапию (КОС), последовательно вводя склерозант выше и ниже разрыва вены и добиваясь перерыва кровотока по ней, а затем вводили склерозант интравазально. За один сеанс вмешательства на ВРВ пищевода вводили в среднем 7,2±0,5мл склерозанта интравазально и 43,5±1,7 мл паравазально. Всего потребовалось в среднем 2,7 ±0,13 сеансов для воздействия на все ВРВ. За один сеанс вмешательства на ВРВ пищевода и желудка (21 пациент) вводили в среднем 14,5±0,49 мл склерозанта интравазально и 54±1,3 мл паравазально. Всего потребовалось в среднем 3,7±0,25 сеансов для воздействия на все варикозные вены желудка.

В V и VI группах мы применили эндоскопическое клипирование (ЭК) у 90 (19,6%) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ) источника кровотечения у 12 (2,6%) больных. Эндоскопическое клипирование проводили с помощью вращающегося клипатора (HX-5LR (6UR)-1, "Olympus") и клипс MD-850 (HX-600-135). Всего потребовалось в среднем 15,4 ±1,87 клипс для воздействия на все варикозные вены. Эндоскопическое лигирование варикозных вен осуществляли с помощью наложения нейлоновых эндопетель (MAJ-339), которые накладывали с помощью лигирующего устройства (HX-21L-1, "Olympus") и прозрачного колпачка, надеваемого на дистальную часть эндоскопа. Всем больным лигирование было проведено за один сеанс, накладывая от 4 до 10 лигатур. Всего потребовалось в среднем 7,1 ±0,51 лигатур для воздействия на все варикозные вены.

VII группу составили 86 пациентов (18,8%), в которой мы использовали комбинацию клипирования и ИВС по разработанному нами способу (Патент України №49387 А від 27/11-2001). За один сеанс вмешательства на ВРВ пищевода в среднем накладывали 8,3 0,53 клипс и вводили 3,4±0,08 мл склерозанта интравазально. Всего потребовалось в среднем 1,85±0,15 сеансов для воздействия на все ВРВ пищевода. За один сеанс вмешательства на ВРВ желудка (5 пациентов) в среднем накладывали 11,4 0,39 клипс и вводили 6,3±0,11 мл склерозанта интравазально. Всего потребовалось в среднем 3,3±0,21 сеансов для воздействия на все варикозные вены желудка.

Результаты и их обсуждение

Критериями оценки непосредственных результатов использования различных ЭМГ у больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка были: 1) эффективность гемостаза; 2) частота и тяжесть осложнений.

При выполнении ЭМГ на высоте кровотечения гемостаз был эффективным у 70,2% больных в I группе, у 72,5% в III группе, у 91% в IV группе. Гемостаз был достигнут у всех больных во II, V, VI и VII группах. При МЭВ на ВРВ желудка попытки проведения интравазальной склеротерапии у 5 больных не увенчались успехом. Им выполнена комбинированная окклюзионная склеротерапия и достигнут гемостаз. В целом данный способ применен у 21 пациентов и только в 1 (4,8%) случае гемостаз не был достигнут, и потребовалась постановка зонда Блекмора. При комбинации клипирования с интравазальной склеротерапией во всех случаях достигнут гемостатический эффект.

Все осложнения условно делили на "малые" и "большие". К "малым" относили гипертермию (повышение температуры в течение 12-24 часов до 37,5-390С), пневмонию, преходящие боли за грудиной, образование язв, дисфагию наблюдаемую более суток после вмешательства. "Большим" осложнением считали РК. Осложнений, угрожавших жизни пациента (перфорация пищевода, медиастинит, септицемия, аспирация, анафилактический шок), мы не наблюдали.

После выполнения ЭМГ на ВРВ пищевода "малые" осложнения отсутствовали после клипирования и достоверно реже ($p<0,05$) наблюдались после комбинации механического гемостаза с интравазальной склеротерапией (8,1%), а так же после комбинированной окклюзионной склеротерапии (13,1%) по сравнению с остальными методами.

По данным ангиограмм, после введения рентгенконтрастного и склерозирующего вещества в ВРВ пищевода, выявлено распространение контраста по сосудистому руслу в оральном направлении — у 83,3% и в желудочные вены — у 16,7% обследованных больных. С целью профилактики пневмоний и повышения эффективности склеротерапии, за счет увеличения длительности экспозиции склерозанта в заданном участке вены, считали необходимым создания условий препятствующих распространению сброса склерозанта по вене в краниальном направлении. Поэтому с этой целью нами предпринимались попытки ограничения распространения склерозанта по вене за счет применения разработанного нами баллонного обтуратора, проведения КОС, комбинации клипирования с ИВС. Последний из указанных способов наиболее эффективно предотвращал распространение склерозанта. После КОС частота возникновения пневмонии была достоверно ниже по сравнению с интравазальной, как с баллонным обтуратором ($p<0,05$), так и без него ($p<0,001$), но по сравнению с КС достоверной разницы не было. После ПВС, комбинации клипирования с ИВС, клипирования и лигирования легочных осложнений в виде пневмоний не было.

"Большие" осложнения после выполнения ЭМГ на ВРВ пищевода развились у 15% больных, а после вмешательства на ВРВ желудка — у 3%. Среди "больших" осложнений мы наблюдали только РК, которые возникли после вмешательств на ВРВ пищевода у 39 пациентов из язв, образовавшихся после склеротерапии, у 15 из вены, не подвергнувшейся вмешательству, у 2 вследствие раннего соскальзывания лигатур с вены и у 3 из слизистой желудка при тяжелой портальной гастропатии (по 1 пациенту из III, VI и VII групп). Из язв, образовавшихся после склеротерапии, кровотечение возникло в I группе — у 14,3%, во II — у 17%, в III — у 13,5% и в IV у 9,8% пациентов. Из вены, не подвергнутой эндоскопическому воздействию, кровотечение возникло в I группе у 3,2%, во II — у 11,7%, в III — у 3,8% и в V у 13,3% больных. Повторное проведение эндоскопического гемостаза было эффективным у 55% больных, у остальных гемостаз был достигнут только после постановки зонда Блэкмора.

При сравнении примененных ЭМГ на ВРВ пищевода статистически достоверно ($p<0,05$) меньшее количество сеансов было использовано при выполнении механического гемостаза и комбинации клипирования с ИВС по сравнению с остальными методами. Статистически достоверно ($p<0,05$) в 2-4,8 раза меньше потребовалось склерозанта при проведении комбинации клипирования с ИВС, по сравнению с остальными методами склеротерапии.

После склеротерапии под тотальной внутривенной анестезией язвы образовались достоверно реже (8,8%), чем под местной анестезией (25,7%) ($p<0,05$).

Малые осложнения наблюдались чаще после склеротерапии, проведенной на высоте кровотечения (68,1%), нежели при остановленном кровотечении (31,9%) ($p<0,05$).

После использования ЭМГ летальность составила 14,2%. Несмотря на отсутствие достоверной разницы в летальности между анализируемыми группами, наименьшая летальность наблюдалась в IV группе — 8 (13,1%), и в VII — 7 (8,1%) пациентов.

Так как применение МЭВ преследовало цель не только эндоскопического гемостаза, но и достижения эрадикации (облитерации) ВРВ, нами была проанализирована эффективность разных методов МЕВ в отдаленном от 1 до 18 и больше месяцев периоде. В сроки до 8 месяцев с момента выписки из стационара среди 226 больных с ВРВ пищевода достоверно ($p<0,05$) лучшие результаты облитерации вен достигнуты после интравазальной (83,3%), комбинированной (88,5%), комбинированной окклюзионной склеротерапий (96,6%) и комбинации клипирования с ИВС (100%) по сравнению с клипированием (0%), лигированием (11,1%) и ПВС (30%). Учитывая высокий риск РК из необлитерированных вен у больных после клипирования, лигирования и ПВС, им всем была выполнена профилактическая комбинированная окклюзионная склеротерапия.

Через 12-18 месяцев (186 больных) рецидив ВРВ пищевода в виде отдельных узлов и вен I — II степени выявлено после ИВС у 21,6%, после КС — у 18,5%, после КОС — у 5,1% и после комбинации клипирования с ИВС — у 5,1% пациентов. Всем больным выполнена ИВС в 1 сеанс и достигнута облитерация вен.

Полученные нами данные позволили выработать минимальные стандартные рекомендации по лечению больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка, которые включают в себя следующие положения: а) эндоскопическая верификация всех источников кровотечения; б) определение оптимального способа гемостаза для каждого источника, в) остановка кровотечения из ВРВ с помощью клипс или ПВС, г) выполнение в отсроченном порядке (12-24 часа) под тотальной внутривенной анестезией КОС или комбинации клипирования с ИВС на всех венозных стволах для их облитерации.

Выводы

При активном кровотечении из ВРВ пищевода и желудка обосновано применение механического гемостаза (клипирования и лигирования), а разработанные способы КОС, комбинации клипирования с ИВС помимо этого способствуют облитерации вен. Другие способы склеротерапии обеспечивают гемостаз у 70,6-90,9%, однако вследствие технических погрешностей у 18,1% больных отмечается образование язв, частота которых в 3,3 раза увеличивается при выполнении ЭМГ на высоте кровотечения.

Разработка и внедрение новых методов МЭВ, предложенного алгоритма диагностики и лечения, внесли существенные изменения в обоснование и выбор лечебной тактики, поставили на второй план сложные и опасные, особенно на высоте кровотечения, хирургические вмешательства у больных с кровоточащими ВРВ. Все это способствовало улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения больных.

Литература

1. Burroughs A.K., Planas R., Svoboda P. (1998) Optimizing emergency care of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. Scand J Gastroenterol. 33; 226: 14-24
2. De Franchis R., Primignani M. (2001) Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. Clin Liver Dis. 5; 3: 645-663
3. Gav P., Chapman R. (2001) Modern Management of Oesophageal varices. Postgrad Med J. 77: 75-81
4. Muhldorfer S.M., Ell C. (1996) Therapie der akuten Blutung von Osophagus-und Magenvarizen. Chir Gastroenterol. 12; 3: 289-294
5. Rikkers L.F. (1994) Surgical management of acute variceal hemorrhage. Wld J Surg. 18; 1: 193-199
6. Rosenthal G.E., Baker D.W., Norris D.G. et al. (2000) Relationships between in-hospital and 30-day standardized hospital mortality: implications for profiling hospitals. Health Serv Res. 34: 1449-1468

ТАКТИКО-ДІАГНОСТИЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Шейко В.Д., Малик С.В., Лавренко Д.О.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) представляють велику клінічну та економічну проблему [1,5]. Частота їх виникнення складає приблизно 170 випадків на 100000 населення в рік, при цьому фінансово-економічні затрати досягають великих розмірів, а летальність коливається від 2 до 8% [2,7,8]. Це певною мірою пов'язано з недостатнім використанням ендоскопічної діагностики на ранніх етапах госпіталізації в комплексному обстеженні та лікуванні хворих, тому розробка адекватних тактико-діагностичних принципів застосування езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) має надзвичайно велике значення [3,4,6].

Покращення результатів лікування хворих зі шлунково-кишковими кровотечами шляхом розробки та обґрунтування тактико-діагностичних принципів застосування ЕГДС з впровадженням структурного алгоритму ведення даної групи пацієнтів були взяті за основу при дослідженні та визначили мету роботи.

Проведене комплексне клінічне дослідження 107 хворих з кровотечами з верхніх відділів ШКТ в процесі комплексного лікування в умовах міського багатопрофільного стаціонару. Жінок було 26, чоловіків 81. Середня тривалість захворювання до госпіталізації складала від 6 годин до 3 діб. Причинами кровотечі були: пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у 86(80,3%) хворих, варикозно розширені вени стравоходу у 6 (5,6%), синдром Мелорі-Вейса у 5 (4,6%), гострі ерозивні ураження слизової шлунку та дванадцятипалої кишки у 10 (9,3%) хворих. Бригадою швидкої допомоги доставлено 62 (57,9%) хворих, самозвернення відмічено у 14 (13%) хворих, направлення з поліклінічної ділянки зареєстровано у 31 (28,9%) хворого. Більшість хворих, а саме 73 (68,2%) відмічали тривалий багаторічний анамнез основного захворювання, вперше вважали себе хворими 34 (31,7%) особи. Всім хворим в обов'язковому порядку проводилася ургентна діагностична ЕГДС для встановлення джерела кровотечі та її характеру. Інтенсивність кровотечі та ступінь гемостазу визначались за шкалою Forrest (1974). Для підготовки хворого до ЕГДС використовували повне випорожнення верхніх відділів ШКТ (стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки), яке може бути у вигляді крові та згортків, шляхом промивання шлунку холодною водою через товстий шлунковий зонд. Великий внутрішній діаметр зонду дозволяє евакуювати великі згортки, а локальна гіпотермія дає змогу зменшити інтенсивність кровотечі або повністю її зупинити. На підставі даних ЕГДС та результатів лабораторних методів дослідження формувалася подальша тактика, яка була спрямована на визначення стану тяжкості хворого та вибір подальшого комплексного лікування, яке включало в себе хірургічні та консервативні методи. Таким чином із 107 хворих було прооперовано 24 (22,4%), а у 83 хворих (77,6%) застосовані консервативні методи та методика ендоскопічного аплікаційного гемостазу. Хворим виконувалися наступні хірургічні втручання: прошивання кровоточивої судини у виразці, висічення виразки з пілородуоденопластикою, поєднані з ваготомією, висічення виразки з пілородуоденопластикою без ваготомії, резекція шлунку в різних модифікаціях. Консервативна терапія проводилася згідно стандартних положень (відновлення об'єму циркулюючої крові, гемостатики), а також включала в себе внутрішньовенне введення інгібіторів протонної помпи (омез 80 мг). Для ендоскопічного аплікаційного гемостазу використовувалися 70% розчин етилового спирту та 5% розчин епсилон-амінокапронової кислоти. В подальшому хворим в обов'язковому порядку проводився динамічний контроль гемостазу шляхом введення назогастрального зонду та ендоскопічний моніторинг для відображення результатів лікувальної тактики.

В умовах міського багатопрофільного стаціонару нами розроблений структурний алгоритм, мета використання якого була спрямована на визначення і прийняття адекватної тактики ведення хворих з кровотечами з верхніх відділів ШКТ. Алгоритм базувався на двох аспектах: 1) ступінь ендоскопічного гемостазу; 2) тяжкість крововтрати (геморагічний шок). При цьому виділяли три групи в залежності від дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК):

1. стабільні хворі — 31 (28,9%), у яких дефіцит ОЦК був менше 15%, в даній групі геморагічного шоку не було;
2. компенсовані хворі — 52 (48,6%), у яких дефіцит ОЦК сягав до 25%, гематокрит залишався більше 30% (геморагічний шок I та II ступеню з нормальним і субнормальним артеріальним тиском);
3. декомпенсовані хворі — 24 (22,4%), де дефіцит ОЦК сягав більш ніж 25%, гематокрит становив менше 30% (геморагічний шок III та IV ступеню з вираженою гіпотензією).

В залежності від отримуваних результатів обґрунтовувалась та визначалась подальша тактика. Стосовно кровотеч виразкового генезу в ділянці шлунка та дванадцятипалої кишки встановлений наступний алгоритм:

F Ia — абсолютний показник для обрання хірургічної тактики незалежно від стадії геморагічного шоку.

F Ib, F Ic, F IIa — це показники для виконання ендоскопічного аплікаційного гемостазу та консервативної терапії з послідуючим динамічним контролем якості гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонду. За умов відновлення кровотечі тактика змінювалась на хірургічну. При госпіталізації хворих в стадії декомпенсації обиралась хірургічна тактика.

F IIb, F IIc — показники для проведення консервативної терапії з моніторингом гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонду, та прийняття рішення про відстрочене хірургічне лікування. При виникненні рецидиву кровотечі використовувалась тактика така, як при різновидах F I та його модифікаціях.

F IIIa, F IIIb — головна увага приділялася лікуванню основного захворювання шляхом консервативної терапії, при її неефективності приймалося рішення про обрання хірургічної тактики в плановому порядку.

При кровотечах з варикозно-розширених вен стравоходу використовувався наступний алгоритм: при Forrest I та його різновидах — зупинка кровотечі шляхом встановлення зонда Блекмора; при Forrest II, III — консервативна терапія з динамічним спостереженням.

Важливою ланкою та запорукою ефективності надання медичної допомоги хворим з кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є своєчасна, достовірна ендоскопічна діагностика, яка безпосередньо залежить від кваліфікації лікарів-ендоскопістів та матеріально-інструментального забезпечення.

Із 24 оперованих хворих померло 2 (8,3%). Даний відсоток післяопераційної летальності пояснюється старечим віком хворих з пізньою госпіталізацією в стадії декомпенсації, маніфестацією в післяопераційному періоді проявів серцево-судинної та легеневої недостатності, що і було домінуючим фактором у виникненні летального виходу. Із 83 неоперованих хворих померло 3, що склало 3,6%, з них 2 з декомпенсованим цирозом печінки.

Загальна летальність склала 4,6%, що співвідноситься з літературними даними.

Таким чином, комплексне надання медичної допомоги хворим зі шлунково-кишковими кровотечами повинно обов'язково включати в себе лікувально-діагностичні заходи за участі лікарів-ендоскопістів для ранньої діагностики та покращення комплексного лікування даної групи хворих. Ранне виконання ЕГДС є одним із домінуючих факторів, який впливає на обрання подальшої активної тактики ведення хворих з контролем гемостазу при умові визначення загального стану тяжкості, що тим самим надає змогу сформулювати адекватну тактику комплексного лікування з позитивним впливом на його результати.

Література

1. Бойко В.В., Тарабан І.А., Грома В.Г., Вовк В.А. (2000) До питання організації та тактики надання медичної допомоги хворим на синдром Мелорі-Вейса. Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник. (Дніпропетровськ). 68-74
2. Бондарь Г.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.И. (2006) Рак желудка. На пути к решению проблемы. Хірургія України. 1: 8-12
3. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. (2003) Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. (Москва). "Медицина". 43 с.
4. Грубнік В.В., Кімакович В.Й., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. (2001) Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. (Львів). 208 с.
5. Давыдов М.И. (1997) Современные методы диагностики и лечения рака желудка. Рос. Журнал гастроэнтеролог. гепатол. колопроктол. 3: 35-38
6. Никишаев В.И., Бойко В.В. (2006) Современные принципы обучения гастроинтестинальной эндоскопии. Український журнал малоінвазівної та ендоскопічної хірургії. 10; 3: 18-20
7. Паньцирев Ю. М., Михалев А. И., Юдин О.И. (2006) Осложнения язвенной болезни. Хирургические болезни. 1: 222-225
8. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: meta-analysis. Gastroenterology. 102: 139-148

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кобылецкий Н.М., Бабак В.П., Борисенко А.И., Шимко В.В.

Сумская областная клиническая больница, Украина

Вопросам остановки и лечения гастродуоденальных кровотечений посвящено большое количество исследований. Однако результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), несмотря на имеющийся прогресс, оставляют желать лучшего.

Создание в 2000 году на базе Сумской областной клинической больницы центра по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями и концентрация пациентов в одной клинике способствовало всестороннему изучению проблемы, усовершенствованию, разработке и внедрению новых диагностических и лечебных мероприятий. Все это позволило снизить общую и послеоперационную летальность в клинике.

С 2000 по 2006 годы в центре находилось на лечении 2248 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем пациентам с ЖКК сразу же при поступлении (в течение 1-2 часов) было выполнено экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры, определить активность кровотечения. При продолжающемся кровотечении и невозможности выявить его источник из-за большого количества крови в желудке, проводилось промывание желудка. При остановившемся кровотечении (в желудке — кофейная гуща, пища) и невозможности выявить его источник — повторное исследование проводилось через 4 часа.

В своей работе мы пользуемся классификацией активности кровотечения Forrest J.A. в модификации Никишаева В.И.

В структуре причин желудочно-кишечных кровотечений, кровотечения язвенной этиологии были диагностированы у 1327 пациентов (59%). Наиболее частой причиной язвенных кровотечений были:

• язва 12п. кишки	• 1169 (52%)
• язва желудка	• 135 (5,8%)
• пептическая язва гастроэнтероанастомоза	• 23 (1,2%)

Кровотечения неязвенной этиологии были диагностированы у 921 пациента (41%).

В структуре неязвенных кровотечений наиболее частой причиной были:

• эрозивные гастродуодениты	• 315 (14%)
• синдром Меллори-Вейса	• 202 (9%)
• варикозные вены пищевода, желудка	• 225 (10%)
• рак желудка	• 67 (3%)
• полипы желудка	• 34 (1,5%)
• другие, редкие причины	• 45 (2%)

Продолжающееся кровотечение было выявлено у 191 пациента (8,5%) (Forrest — Ia — 3,8%, Ib — 2,7%, Ix — 2%), стигматы были установлены у 31,5% (IIA — 11,3%, IIB — 17,2%, IIC — 3%).

Дальнейшую тактику лечения больных определяли после эндоскопического обследования:

- больные с продолжающимся кровотечением (F — Ia) подлежали экстренной операции по жизненным показаниям;
- больные с остановленным активным кровотечением (F — Ia, Ib, Ix) — индивидуально принимали решение о выборе метода лечения (ранней отсроченной операции или консервативному лечению и мониторингу);
- больные с остановленным кровотечением (F — IIa, IIb, Ic) подлежали консервативному лечению и мониторингу.

Кратность эндоскопического мониторинга определялась индивидуально в зависимости от высоты риска рецидива ЖКК. При повторных осмотрах проводился контроль гемостаза, лечебные процедуры с целью профилактики рецидива (применяли комбинированные методы гемостаза: инъекционные и тепловые), в некоторых случаях уточнялся диагноз.

Таким образом, экстренная эндоскопия при ЖКК имела важнейшее значение в определении тактики ведения больных.

За период 2000-2006 гг. отмечено снижение экстренных операций при желудочно-кишечном кровотечении с 14,8% в 2000 году до 6,8% в 2006 году, послеоперационная летальность — 5,5%, общая летальность — 8,2%.

АНОНС

Науково-практичної конференції

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБ ЗБРОЙНИХ СІЛ УКРАЇНИ — II ЗАГАЛЬНІ ЗБОРИ»

27-28 вересня 2007 року

Україна, Одеса
411 Центральний військовий клінічний госпіталь
Міністерства оборони України

По питанням звертатися:
Головний хірург 411 ЦВКГ,
полковник медичної служби Каштальян М.А.
Тел.: (+38) 050 316 84 89

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2007) Vol. 11; 1: 40

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ АВТОРІВ

Редакція приймає статті та рукописи авторів тільки на окремих файлах у форматі Win Word на: CD, дискетах типу MFD-2 HD. Рукописи, ілюстрації, дискети та ін. не повертаються.

Рукописи, що не відповідають умовам та усім вимогам інструкції для авторів, не розглядаються й не повертаються, та нажаль автори не повідомляються.

Відповідальність за коректування наданого авторами власного матеріалу, цитат та посилань несуть автори статей. Однак редакція залишає за собою право представляти отримані роботи для рецензування авторитетним у цій галузі спеціалістам. В таких випадках відгук буде опублікований разом з рецензованою статтею. Редколегія залишає за собою право, в разі особливої потреби, скорочувати та виправляти статті, не змінюючи при цьому їхнього істотного змісту.

Авторські права. Прийняття рукопису до публікації передбачає, що цю роботу відправлено до редакції за згодою усіх авторів установи, де її було виконано; авторські права автоматично переходять від авторів до видавника; рукопис не буде опубліковано де-небудь без згоди власника авторських прав.

Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

Для прискорення роботи авторів дуже просять готувати рукописи відповідно до інструкцій.

1. Рукопис повинен бути надрукований **Times New Roman**, 12, через 2 інтервали на аркуші форматом А4 (21 і 29,7 см).

2. Титульний лист повинен мати на українській (або російській) мові та на англійській мові **назву статті та імена авторів, заклад, клініку, відділення**, в якому виконано роботу, адресу закладу для кореспонденції. Далі, сторінки рукопису повинні бути пронумеровані послідовно.

3. Чітке відокремлення друкованого аркуша — важлива допомога читачам. **Кожна стаття повинна мати:** узагальнення (summary), вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, література.

4. Узагальнення повинно бути на українській (або російській) мові та на англійській мові (**Summary**), мати короткий огляд основних положень роботи. Його розмір може складати від 1/2 до цілої сторінки. Додайте не більше 4 ключових слів у кінці.

5. Вступ пов'язаний в основному з найбільш важливими питаннями статті. Після ознайомлення зі вступною частиною читачу повинно бути зрозуміло, навіщо було виконано дану роботу, та яка мета автора.

6. В частині **матеріали та методи** повинен бути представлений короткий, але чіткий опис, наприклад, основної методики оперативного втручання, або яким чином виконувався експеримент, яка апаратура та техніка використовувалась, обсяг клінічного матеріалу і його підрозділ, види та кількість експериментів і т. д. Ця частина повинна дозволити читачеві контролювати, повторювати і продовжувати наукову роботу авторів.

Якщо методи будуть вже десь чітко описані, бажано дати тільки найкоротший опис і посилатися на публікацію, в якій є повний опис даного методу.

7. Результати повинні бути викладені чітко та стисло. Таблиці та графіки бажані в тому випадку, якщо вони скорочують текст і збагачують зміст.

8. В **обговоренні** основні результати повинні бути порівняні з результатами, які є в літературі. Їхнє значення в практичній хірургічній роботі рекомендується виділити.

9. Список літератури (у статті — **Литература**) повинен бути представлений в алфавітному порядку, пронумерований та ідентифікований з номерами в тексті.

Згадування журналу повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації у округлих дужках, повну назву статті, назву журналу — скорочення відповідно "Index Medicus", номер тому (якщо є), номер журналу, перші та останні номери сторінок.

- Борисов А.П., Григорьев С.Г. (1998) Классификация малоинвазивных хирургических вмешательств. Эндоскопическая хирургия. 4: 30-31
- Fay T., Grant F.C. (1923) Ventriculoscopy and intraventricular photography in internal hydrocephalus. JAMA. 46; 80: 461-463

Посилання на книгу, методичні рекомендації повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву книги, місце публікації в округлих дужках, видавництво та кількість сторінок.

- Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. (1986) Компьютерная томография мозга. (Москва). "Медицина". 256 с.
- Grossman C.B. (1990) Magnetic resonance imaging and computed tomography of the head and spine. (Baltimore). Williams and Wilkins, eds. 280 p.

Посилання на дисертацію повинно включати: прізвище та ініціали автора, рік публікації в округлих дужках, повну назву дисертації, науковий ступінь пошукача, місце публікації в округлих дужках, кількість сторінок.

- Бхат А.К. (1987) Диагностика и лечение травматических двусторонних субдуральных гематом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Киев). 18 с.

Посилання на тезиси повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву тезисів, назва конференції, місце публікації в округлих дужках, перші та останні номери сторінок.

- Блинов Е.И. (1982) Распознавание и лечение хронических внутричерепных гематом. Тез. докл. III Всесоюзного съезда нейрохирургов. (Москва). с. 23-24
- Danchin A.G. (1997) Endoscopic assisted microsurgery of lateral herniated lumbar disks. In Abstract Book: Third Congress on Minimally Invasive Neurosurgery. (France). pp 28-29

10. Ілюстрації мають надаватися окремо у вигляді зображень для сканування (див. п.12) або у окремих файлах на будь якому носії, в форматі TIFF або JPEG (maximum quality) з розподільчою здатністю 300 dpi, та розміром не меншим за розмір репродуціювання. Категорично не допускається надання зображень імпортованих у програму Win Word.

11. Карти (схеми) і графіки повинні бути розбірливими.

12. Фотографії повинні бути глянцевими, чітко зфокусованими та контрастними. Рентгенівські відображення бажані. Галузі, які вважаються найбільш важливими, можуть бути відокремлені прозорим покриттям так, щоб вони викликали особливу увагу.

Фотографії бажано надсилати в 2 екземплярах. Автор повинен гарантувати, що репродукції ілюстрацій, на яких пацієнт може бути впізнаний, повинні бути або схвалені ним самим, або його (її) офіційним представником.

13. Будь ласка, додайте **у кінці статті** повні імена, титули та повну адресу всіх авторів, закладів, в яких виконано роботу, країну і місто. Вкажіть: з ким, по якій адресі і по якому телефону редакція буде при необхідності мати контакт.

14. Всі ділові контакти (переговори) та особливо всю кореспонденцію відносно остаточного друку необхідно надсилати прямо на адресу:

Редакція
"Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
Клініка нейрохірургії та неврології
Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел.: (044) 521-82-87; факс (044) 522-83-79