

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Мельник И.В., ¹Жафаров Х.М., ²Ковтун С.С.,

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,

²Хмельницкая городская больница скорой помощи. г. Хмельницкий (Украина).

✓ Резюме,

в статье проанализированы результаты лечения 101 пациента с кровотечением из симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что наиболее часто симптоматические язвы возникают на фоне приема ulcerогенных препаратов, а основным патогенетическим механизмом их возникновения является местное нарушение микроциркуляции в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, чему в значительной степени способствует, часто имеющаяся, декомпенсированная сопутствующая патология терапевтического профиля. Наличие "порочного круга", "синдрома взаимного отягощения", необходимость проведения диаметрально противоположного лечения (гемостатики и антикоагулянты) проведение массивной инфузии больному с имеющейся исходной анурией, и др., переводит данных больных в категорию тяжелейших пациентов. С целью наиболее полного контроля установления гемостаза в язве необходимо применять динамическую эндоскопию, для укрепления гемостаза в язве показано широкое использование комбинированного эндоскопического гемостаза. В связи с тяжелым соматическим статусом оперативное вмешательство показано только при активном кровотечении и неэффективности эндоскопического гемостаза. Оперативная активность - 3,9%, общая летальность-15,8%

Ключевые слова: острые язвы, симптоматические язвы, кровотечение, эндоскопический гемостаз, геморрагический шок.

PROBLEMS IN TREATMENT OF BLEEDING SYMPTOMATIC STOMACH AND DUODENAL ULCERS IN A SURGICAL STATIONARY

¹Melnyk I.V., ¹Jafarov Kh., ²Kovtun S.S.,

¹Tashkent Pediatric Medical Institute (<http://tashpmi.uz>). 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140,

²Khmelnitskiy city hospital of ambulance. Khmelnitskiy city(Ukraine)
29000, Khmelnitskiy city, Proskurovskiy lane.

✓ Resume,

the article provides the results of treatment of 101 patients with bleeding from symptomatic gastric ulcers and duodenal ulcers. It was determined that more likely, the symptomatic ulcers develop while the patient takes ulcerogenic medicines, and the main pathogenic mechanism of their development is local disturbance of microcirculation in the stomach or duodenal walls on the background of systematic hypoxia, which is supported by decompressive concomitant pathology of therapeutic type. Presence of a "vicious circle" or the "syndrom of mutual burden", the need in conducting diametrically opposite treatment(haemostatics and anticoagulants), conducting of a massive infusion to patients with initial anuria, and others, puts these patients to the category of severely ill. In order to maximally control of haemostasis development in the ulcer, it is necessary to use dynamic endoscopy, for consolidation haemostasis in a ulcer it is indicated to widely use combined endoscopic haemostasis. According to the severe somatic status, surgical treatment is indicated only if an active bleeding is present and if the endoscopic haemostasis is unsuccessful. Surgery activeness-3,9%, total mortality-15.8%

Key words: acute ulcers; symptomatic ulcers; bleeding; endoscopic haemostasis; hemorrhagic shock;

ЖАРРОҲЛИК СТАЦИОНАРИДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ҚОН КЕТИВЧИ СИМПТОМАТИК ЯЗВАЛАРИНИ ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ

¹Мельник И.В., ¹Жафаров Х.М., ²Kovtun S.S.,

¹Тошкент педиатрия тиббиет институти,

²Xmelnitskiy shahar shoshilinch kasalxonasi. Xmelnitskiy (Ukraine).

✓ Резюме,

Мақолада 101та беморда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг симптоматик яраларидан қон кетишини даволаш натижалари таҳлил қилинган. Аниқланишича, кўпчилик ҳолатларда симптоматик яраларульцероген дори воситаларини қабул қилиш фонида, ва уларнинг ҳосил бўлишида асосий патогенетик механизм бўлиб тизимли гипоксия натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак деворидаги маҳаллий микроциркуляциянинг бузулиши, бунда кўп қузатиладиган терапевтик профилнинг декомпенсацияланган қушимча патологияси, сезиларли даражада, хамрохлик қилади. "Ёвуз доиранинг", "қайта оғирлашув синдроми" борлиги, диатермал карама-қарши даволаш (гемостатик ва антикоагулянтлар) ўтказиш кераклиги, дастлаб анурияси бор беморларда массив инфузия ўтказилаши, ва бошқалар, бу каби беморларни жудаям оғир пациентлар қаторига қўшади. Язвада гемостаз ўрнатишни тўлиқ бошқариш мақсадида динамик эндоскопияни қўллаш керакдир, язвадаги гемостазни мустаҳкамлаш учун комбинацияланган эндоскопик гемостаздан кенг фойдаланиш кўрсатилган. Оғир соматик статус бўлганлиги сабабли жарроҳлик аралашувлар, фақатгина актив қон кетишида ва натижасиз эндоскопик гемостазда,бажарилган. Оператив активлик - 3,9%, умумий ўлим -15,8%.

Калит сўзлар: ўткир язвалар, симптоматик язвалар, қон кетиши, эндоскопик гемостаз, геморрагик шок.

Актуальность

Лечение больных с кровотечениями из симптоматических гастродуоденальных язв, несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, остается актуальной и сложной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. Среди причин желудочно-кишечных кровотечений, симптоматические язвы занимают второе место, уступая лишь хроническим язвам желудка и двенадцатиперстной кишки и составляют 10-20% от всех причин геморагии. В последнее десятилетие отмечается увеличение частоты возникновения симптоматических гастродуоденальных язв в общей структуре желудочно-кишечных кровотечений, что связано с улучшением их диагностики, возрастанием тяжести стрессовых факторов и с увеличением общего количества пациентов старших возрастных групп. Частота их образования у больных с тяжелой соматической патологией составляет от 40 до 100%, а летальность от осложнений острых язв у данной категории больных доходит до 75 %. В отделениях интенсивной терапии симптоматические гастродуоденальные язвы клинически проявляются всего у 1-3% больных, на вскрытии же их обнаруживают в 15-25% наблюдений, а при выборочной ЭФГДС - у 50-100% больных. Особую опасность для больного представляет развитие кровотечения из язвы, особенно многократно рецидивирующего и поздно диагностированного, летальность при которых достигает 60-90%.

Лечение осложнившихся кровотечением симптоматических гастродуоденальных язв представляет значительные трудности. Отсутствует единая тактика ведения больных с данным осложнением. Нерешенными, на сегодняшний день, остаются проблемы эффективности различных методов эндоскопического гемостаза и терапия антисекреторными препаратами. В связи с тем, что часто клинические признаки острых гастродуоденальных язв и их осложнений маскируются тяжелой сопутствующей патологией, большинство из них диагностируют не своевременно. Не вызывает сомнений необходимость проведения профилактических мероприятий, снижающих вероятность образования симптоматических язв. Однако, остаются неясными методы профилактики и категория больных, которой необходимо их проведение, также необходим действующий механизм раннего выявления образовавшихся острых язв и их осложнений [1,2,3,4].

Цель исследования: изучить основные причины возникновения кровоточащих симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, установить возможности эндоскопии в диагностике и лечении данных кровотечений, оценить эффективность и основные результаты лечения данной категории больных на фоне применения выжидательной хирургической тактики.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 101 пациента с кровотечением из симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин - 62, женщин - 39. Возраст больных от 20 до 86 лет.

18 (17,8%) пациентов в домашних условиях в связи с наличием ОРВИ самостоятельно принимали ulcerогенные медикаментозные средства в дозировках

в несколько раз, превышающих максимально допустимые терапевтические суточные нормативы: аспирин (9), цитрамон (5), диклофенак (4). После обращения к хирургу и обследования данные больные госпитализированы в хирургический стационар.

У 83 (81,2%) больных признаки желудочно-кишечного кровотечения возникли во время нахождения на лечении в стационарах терапевтического профиля: кардиология (39), терапия (32), неврология (8), ожоговое отделение (2), травматология (2). Наиболее часто у больных имелись следующие терапевтические патологии: ишемическая болезнь сердца, инфаркты миокарда, аритмии, гипертоническая болезнь, пороки сердца, эндокардит, пневмонии, сахарный диабет, острые нарушения мозгового кровообращения, патология почек с хронической почечной недостаточностью. Больным в 94% случаях в схемы лечения включались препараты с антикоагуляционными или антиагрегантными свойствами. У 98 (97%) имелось сочетание двух у более вышеуказанных патологий.

Результат и обсуждение

С целью установления источника кровотечения после предварительного промывания желудка выполнялась ЭГДС. При этом установить локализацию и характер источника кровотечения при первичном осмотре удалось у всех больных (100%). Локализация острых язв: тело желудка - 50 (49,5%), пилорантральный отдел 19 (18,8%), луковица двенадцатиперстной кишки - 32 (31,7%) (передняя стенка - 17 (53%), задняя - 6 (18,8%), верхняя - 2 (6,2%), нижняя - 8 (25%). У 90 (89%) пациентов диагностировано остановившееся кровотечение: F-IIA (27), F-IIb (40), F-IIc (16), F-III (7). Активное кровотечение выявлено у 11 (11%) пациентов - F-IA (1), F-IB (10). Наиболее частой причиной кровотечений были язвы размером до 1 см. - 74 (73,3%), язвы в диаметре до 0,5 см. диагностированы в 21 (20,8%) случае, диаметр язв до 2 см. отмечен у 5 (4,9%) и язвы диаметром более 2 см выявлены всего у 1 (1%) пациента. Кровопотеря легкой степени имела у 56 (55,4%) больных, средней - 39 (38,7%), тяжелой - 5 (4,9%), крайне тяжелой у 1 (1%) пациента. Геморрагический шок I степени имел место у 12 (11,9%), II степени - у 7 (6,9%) и III степени - у 2 (2%) больных. У остальных 80 (79,2%) пациентов признаков геморрагического шока не выявлено.

В лечении кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки применяли выжидательную тактику включающую: консервативную терапию основной патологии; комплексное консервативное противоязвенное лечение; гемостатическое и заместительное лечение; первичный и повторный (при необходимости) эндоскопический гемостаз (диатермокоагуляция и обкалывание язвы склерозантами), динамическую эндоскопию с целью контроля установления надежного гемостаза в язве.

Принцип динамической эндоскопии используется нами с целью наиболее полного, постоянного и объективного контроля над процессом установления гемостаза в язвенном дне. Мы установили четкие сроки выполнения повторных эндоскопических исследований (усовершенствованная динамическая эндоскопия) в зависимости от исходной характеристики интенсивности кровотечения в язве по Forrest (1976, 1985). Это позволило полностью исключить субъектив-

ный подход хирургов в вопросах наличия кровотечения, его полной и надежной остановки или же наличие рецидива кровотечения. Врач обязан в указанный срок повторить эндоскопическое исследование, несмотря на состояние пациента. Эндоскопический мониторинг: F- IА (после успешного эндоскопического гемостаза) - через 6 часов; F- IВ (после успешного эндоскопического гемостаза) - через 8 часов; F- IIА - через 12 часов; F- IIВ - через 24 часа; F- IIСiF- III - через 72 часа. За время лечения в среднем выполняется от 2 до 4 эндоскопических исследований, что в совокупности с повторным эндоскопическим гемостазом вполне достаточно для решения вопроса: оперировать больного или вести консервативно. Необходимо отметить, что эндоскопическая служба в клинике работает круглосуточно.

Эндоскопический гемостаз применялся у 78(77,2%) больных. Диатермокоагуляция в 41 (52,6%) случае, обкалывание язвы этанолом в 14 (17,9%), одновременное использование диатермокоагуляции и обкалывания этанолом применялось у 23 (29,5%) пациентов. В связи с наличием в язве признаков нестойкого гемостаза повторно диатермокоагуляция применялась в 17 и обкалывание язвы этанолом в 31 случае.

Оперативное вмешательство выполнялось только в случае активного продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативных и эндоскопических методов гемостаза. Оперированы 4 (3,9%) больных. Показанием к выполнению операции у них явилось многократное рецидивирование кровотечения, несмотря на проведение комплексной гемостатической, противоязвенной терапии и использование эндоскопического гемостаза. Трое больных оперированы по поводу кровоточащих острых язв луковицы ДПК (задняя стенка -2, верхняя-1), один пациент оперирован по поводу кровоточащей язвы тела желудка. Выполнена дуоденотомия с прошиванием язв в 3 случаях и гастротомия с прошиванием язвы в 1 случае. Кровотечение остановлено. После операции умерли 2 больных. Причиной летальных исходов явился тяжелый декомпенсированный геморрагический шок, тяжелая кровопотеря в комплексе с массивной кардиологической патологией и сахарным диабетом.

Среди неоперированных больных летальный исход отмечен в 14(14,4%) случаях. Причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования декомпенсированной терапевтической патологии.

Общая летальность в группе составила 16 (15,8%) пациентов.

Выводы

Таким образом, лечение кровотечений из симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно у больных с тяжелой терапевтической патологией, является актуальной проблемой экстренной хирургии. Основным пусковым патогенетическим механизмом развития острых (симптоматических) язв желудка и двенадцатиперстной кишки является местное нарушение микроциркуляции в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающее на фоне системной гипоксии, глубоких нарушений метаболизма. Наличие "порочного круга", "синдрома взаимного отягощения", необходимость проведения диаметрально противоположного лечения (гемостатики и антикоагулянты); необходимость массивной инфузии и имеющаяся исходная анурия у больного и др., переводит данных больных в категорию тяжелейших пациентов. С целью наиболее полного контроля установления гемостаза в язве необходимо применять динамическую эндоскопию, для укрепления гемостаза в язве показано широкое использование комбинированного эндоскопического гемостаза. В связи с тяжелым соматическим статусом оперативное вмешательство показано только при активном кровотечении и неэффективности эндоскопического гемостаза. Оперативная активность - 3,9%, общая летальность-15,8%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богданович А.В., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник Витебского государственного медицинского университета, Т 15, № 3, 2016, ст. 40-46.
2. Чикаев В.Ф., Ким З. Ф., Гумеров И.И. Желудочно-кишечные кровотечения у больных ишемической болезнью сердца // Вестник современной клинической медицины, Т6, № 5, 2013, ст. 57-60.
3. Кузнецова Д.Н. Роль сердечно - сосудистой патологии в развитии вторичных гастродуоденальных язв // Смоленский медицинский альманах, № 1, 2018, ст. 183-185.
4. Шептулин А.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы / Медицинский совет, № 4, 2015, ст. 72-75.

Поступила 09.09.2020