

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА**¹ П. В. Гарелик, ¹ О. И. Дубровщик, ¹ А. А. Полынский, ² В. М. Жибер, ² Д. А. Шевчук, ² Д. А. Жук**¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь² УЗ «Городская клиническая больница № 4, г. Гродно», Гродно, Беларусь**TREATMENT AND DIAGNOSTIC POLICY IN MALLORY-WEISS SYNDROME****¹ P. V. Garelik, ¹ O. I. Dubrovshchik, ¹ A. A. Polynskiy, ² V. M. Zhiber, ² D. A. Shevchuk, ² D. A. Zhuk**¹ Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus² Healthcare Institution «City Clinical Hospital № 4, Grodno», Grodno, Belarus

Введение. Среди причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) синдром Меллори-Вейсса (СМВ) занимает 3-4 место и характеризуется высоким риском развития рецидива, наблюдавшегося в 20-35% случаев [5]. По данным больших статистик, этот синдром диагностируется в 5-17% всех наблюдений острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ и в 36-50% кровотечений неязвенной этиологии [3]. В последние годы около 88-96% пациентов с СМВ лечатся консервативными и эндоскопическими методами с летальностью 2-3%. В то же время при неэффективности такого лечения 6-12% пациентов выполняются оперативные вмешательства с послеоперационной летальностью 10-60% [4].

В настоящее время к методам эндоскопического гемостаза относится термический метод, включающий моно-, би- и электрокоагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию, термокаутеризацию и более редкий – лазерную фотокоагуляцию [2]. Эндоклипирование – безопасный и эффективный метод гемостаза при кровотечениях, источником которого являются: СМВ, острые язвы, ангиоэктазии и др. [1].

Представлял о интерес провести анализ результатов применения различных методик эндогемостаза при кровотечениях, обусловленных СМВ, в городском центре ГДК.

Цель исследования – оценить эффективность эндоскопических методик для оптимизации их выбора в лечебно-диагностическом алгоритме и улучшить результаты лечения пациентов с СМВ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач проведен анализ лечения 224 пациентов с кровотечениями из зоны разрыва пищеводно-желудочного перехода, поступивших в центр ГДК в экстренном порядке в период с 2012 по 2016 г., что составило 28,7% случаев от всех госпитализированных пациентов с ЖКТ-кровотечениями. Следует отметить отчетливую тенденцию роста количества таких пациентов. Так, с мая 2002 по 2007 г. этот показатель составлял 19,8%. Лечебно-диагностическая тактика у пациентов с СМВ включала общепринятую фармакотерапию и носила активный дифференцированный характер. Всем 224 пациентам выполнена неотложная диагностическая эзофагоскопия в первые 1-2 часа после госпитализации и соответствующей подготовки. Противопоказаний к эндоскопии у наблюдавшихся нами пациентов не было. У 198 (88,4%) пациентов исследования выполнены под местной анестезией зева и премедикации, у 36 (16,1%) применяли внутривенную анестезию.

Результаты. По данным проведенного исследования установлено, что продолжающееся кровотечение было у 107 (47,8%) пациентов (струйное – у 38 (17,0%) и диффузное – у 69 (30,8%)). Остановившееся на момент эндоскопического осмотра кровотечение наблюдали у 117 (52,2%) пациентов, из них состоявшееся кровотечение в виде тромбированных сосудов и/или фиксированных сгустков – у 88 (39,3%), разрывы слизистой оболочки без стигм кровотечения – у 29 (12,9%).

Лечебная эндоскопия выполнена у 195 (87,1%) пациентов: с целью остановки кровотечения – у 107 и с целью профилактики рецидива кровотечения – у 88. Лечебный профилактический эндогемостаз не проводился у 29 пациентов. При продолжающемся кровотечении из разрыва и

доступности сосуда гемостаз проводили комбинацией инъекционного и термического методов (5-10 мл 0,005% раствора адреналина или 25% этанол-новокаинового раствора в зоне наибольшего поступления крови). Термические методы включали монополярную диатермокоагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию и механический метод – эндоскопическое клипирование.

У 178 (79,5%) пациентов использовали комбинацию этих методов. При глубоких, достигающих мышечного слоя разрывах считаем показанной аргоноплазменную коагуляцию, которая выполнена у 28 пациентов. При остановившемся кровотечении на момент эндоскопического осмотра, при наличии в дне разрыва – крупного тромбированного сосуда – использовали паравазальные инъекции в сочетании с бесконтактным методом (аргоноплазменная коагуляция или электрокоагуляция тромбированного сосуда). Считаем целесообразным при наличии разрывов и крупных тромбированных сосудов проводить клипирование сосуда с последующим клипированием всего дефекта с сопоставлением краев слизистой оболочки над линией разрыва (проведено у 17 пациентов).

Непосредственная эффективность эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении была успешной у всех 107 пациентов. Из 88 пациентов, которым проводили эндоскопическую профилактику повторного кровотечения, рецидив развился у 3 (3,4%), возникшее кровотечение удалось остановить эндоскопически. Показаний к оперативному вмешательству за анализируемый период не было.

Выводы:

1. Успешность эндоскопических методов гемостаза при СМВ во многом зависит от применения обоснованного алгоритма действий с определением критериев оценки возможностей его проведения, учета прогноза рецидива, сопутствующей патологии и динамического состояния области разрыва у каждого пациента индивидуально.

2. Лечебно-диагностическая тактика в городском центре ГДК включает: эндоскопическое исследование, являющееся методом выбора при кровотечениях, обусловленных СМВ; фармакотерапию ингибиторами протонной помпы в оптимальных дозах, а также лечение интеркуррентных заболеваний ЖКТ, обусловивших данный синдром.

3. Наиболее эффективными, как показал наш опыт, являются механические и комбинированные методы эндогемостаза, менее эффективными – моновариантные (инъекционный и термический).

4. Новые методики неотложной эндоскопической диагностики и лечения расширяют возможности эффективной остановки и профилактики кровотечений при СМВ. Перспективной и эффективной методикой для остановки кровотечения при СМВ является использование препарата Hemospray (применен пока только у 2 пациентов).

Литература

1. Гарелик, П. В. Пищеводно-желудочные кровотечения при синдроме Мэллори-Вейсса / П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик и др. // IV Гродненские гастроэнтерологические чтения. Сб. матер. обл. научн.-практ. конф., отв. ред. В. И. Шишко. – Гродно: ГрГМУ. – 2014. – 132 с.

2. Кубышкин, В. А. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / В. А. Кубышкин, Д. Ю. Петров, А. В. Смирнов // Хирургия. – 2013. – № 9. – с. 67-71.

3. Панцырев, Ю. М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори-Вейсса / Ю. М. Панцырев, Е. Д. Федоров // Хирургия. – 2003. - № 80. – с. 35-40.

4. Федоров, Е. Д. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов

пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств. Методические рекомендации № 2001/114. М. – 2001.

5. Уханов, А. П. Эффективность применения эндоскопических технологий при синдроме Маллори-Вейсса / А. П. Уханов и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - № 4. – с. 8-10.

УДК 614. 21:616.33/35-005.1-08

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹ П. В. Гарелик, ¹ И. С. Довнар, ¹ О. И. Дубровщик, ¹ Г. Г. Мармыш, ¹ И. Т. Цилиндзь, ² А. В. Филипович, ² Д. А. Шевчук, ² В. М. Жибер, ² Е. Н. Божко

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница № 4, г. Гродно», Гродно, Беларусь

EXPERIENCE OF ARRANGING WORK IN SPECIALIZED CENTRE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

¹ P. V. Garelik, ¹ I. S. Dovnar, ¹ O. I. Dubrovshchik, ¹ G. G. Marmysh, ¹ I. T. Tsilindz', ² A. V. Filipovich, ² D. A. Shevchuk, ² V. M. Zhiber, ² E. N. Bozhko

¹Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «City Clinical Hospital № 4, Grodno», Grodno, Belarus

Введение. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) составляют до 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта язвенной этиологии и сопровождаются высокой летальностью [1, 4]. В последние годы наметилась тенденция к снижению заболеваемости язвенной болезнью, особенно язвенной болезнью желудка, но парадоксальным является тот факт, что число пациентов с ЖКК увеличилось [5], а частота язвенных кровотечений в Республике Беларусь возросла за последние 10 лет на 43,8% [6]. Несмотря на снижение летальности при этом осложнении в 2 раза, количество умирающих вследствие ЖКК ежегодно остается значительным.

Особенность текущего периода – изменение патогенеза и патоморфоза язвенной болезни [6], что потребовало изменений в выборе наиболее рационального алгоритма лечения [5]. При лечении ЖКК чрезвычайно важны организационные вопросы, требующие согласованных, технически обеспеченных действий хирурга, эндоскописта, анестезиолога-реаниматолога и терапевта в лечебном учреждении [2].

Примером решения данной проблемы является создание специализированных центров гастродуоденальных кровотечений (ГДК), позволяющих концентрировать пациентов в одном хирургическом стационаре и проводить интенсификацию и развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи при экстренной патологии [3].

В г. Гродно специализированный городской центр ГДК был создан в 1991 г. на базе клиники госпитальной хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница», а с июня 2002 г. городской специализированный центр был развернут на базе клиники общей хирургии УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно». Тогда же было организовано и эндоскопическое отделение с круглосуточным режимом работы.

С апреля 2013 г. на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» функционирует гастроэнтерологическое отделение на 60 коек. Представляло интерес изучить эффективность работы центра ГДК на этапе госпитализации пациентов ЖКК, оценить доступность и качество современных диагностических и лечебных методов при оказании хирургической помощи.

Цель исследования – провести анализ и оценить результаты госпитализации, уровень диагностики и оказания экстренной помощи пациентам с ЖКК для оптимизации дифференцированной лечебной тактики в условиях специализированного городского центра.

Материалы и методы. Основанием для анализа послужил клинический материал обследования и оказания медицинской помощи 1130 пациентам, обратившимся в центр ЖКК в 2015-2016 гг. Изучена ситуация по организации экстренной помощи пациентам с ЖКК, обоснованность направ-

ления в центр этих пациентов врачами поликлиник города, из других стационаров клиник, доставленных бригадой скорой помощи и обратившихся самостоятельно. В работе предпринята попытка ответить на отдельные, наиболее актуальные вопросы организации работы специализированного городского центра ЖКК на основании нашего опыта. Эндоскописты и хирурги круглосуточно выполняют достаточно большой объем работы. Представляло интерес изучить транспортировку пациентов с ЖКК, госпитализацию и обоснованность обращений в центр за помощью.

Результаты. Установлено, что в зависимости от интенсивности и объема кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта скрытый период клинической картины может колебаться от нескольких минут до суток. Это наиболее трудный для диагностики период. Явными клиническими симптомами являются рвота с кровью или появление мелены. В это время диагноз ЖКК устанавливается легко. Труднее установить источник кровотечения. Из 1130 пациентов, обратившихся за помощью по причине ЖКК после ЭФГДС и обследования в соответствии с принятыми стандартами, госпитализированы 589 (52,1%), отпущены домой 294 (26,0%), направлены в другие стационары – 229 (20,3%), отказались от госпитализации 18 (1,6%).

В основу диагностического компонента протокола положена экстренная круглосуточная эндоскопия, направленная на выявление источника кровотечения и эндогемостаза. Несмотря на то, что диагноз не подтверждается примерно у половины пациентов, указание пациента в анамнезе на рвоту с примесью крови, красного или черного цвета, наличие темного стула (даже при обычном цвете кала во время ректального обследования) и при отсутствии общих клинических признаков внутреннего кровотечения всем пациентам, доставленным в центр ГДК, выполняется эндоскопическое обследование и морфологический анализ крови.

Представляло интерес изучить подтверждение диагноза врачей, направивших пациентов, и показания к госпитализации в центр ГДК из поликлиник и стационаров города, а также доставленных бригадой скорой помощи. Из 758 пациентов, доставленных бригадой скорой помощи, у 352 (46,4%) отсутствовали показания к госпитализации в центр. В другие стационары из них направлен 141 (18,6%) пациент и 11 (1,5%) отказались от госпитализации. За анализируемый период из поликлиник города направлено 179 пациентов, из них у 98 (54,8%) экстренных показаний не установлено, 32 (17,9%) из них направлены в другие стационары и 3 отказались от госпитализации. Из стационаров города направлено 149 пациентов, у 79 (53%) диагноз не подтвердился, 52 (34,9%) направлены в другие стационары, у 27 (18,1%) не было пока-