

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ЗА ГОСТРИХ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ

Ф.В. Гринчук¹, І.І. Дутка²

1. Буковинський державний медичний університет, кафедра хірургії № 1,
2. ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги», м. Чернівці, Україна

Вступ

Летальність за гострих виразкових кровотеч (ГВК) становить 10-15%. Частоту виникнення рецидивів кровотечі (РК) оцінюють на рівні 10-30%. Летальність при цьому сягає 30-50%. Це свідчить про необхідність вдосконалення лікувальної тактики. Заразом відомі настанови з лікування ГВК містять низку суперечностей. Контраверсійними залишаються погляди на інформативність прогностичних шкал, неоднозначно оцінюють показання до виконання превентивного ендоскопічного гемостазу за стигмат Forrest (F) II, проведення ранньої контрольної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС), суттєво відрізняються рекомендації щодо методів ендоскопічного гемостазу (ЕГ).

Мета роботи

Оцінити ефективність напрацьованої лікувальної тактики за ГВК.

Матеріали і методи

113 хворих виразкову хворобу, ускладнену ГВК, серед яких було 80 (70,8%) чоловіків і 33 (29, 2%) жінки. У 58 (51,33%) хворих виявлена виразка ДПК, у 44 (38,94%) – шлунка, у 11 (9,73%) – множинні виразки. У 21 (18,58%) хворих протягом первинної ФЕГДС виявлений клас F I (Ia – 12, Ib – 9), у 92 (81,42%) – клас F II (IIa – 13, IIb – 34, IIc – 45). Лікування хворих проводили з використанням модифікованого нами алгоритму, який заснований на визнаних настановах.

Результати та обговорення

Основою вибору тактики є створена нами прогностична шкала, що створена з урахуванням проведеного нами комплексного клінічно-лабораторного обстеження хворих. Шкала передбачає попередній і основний етапи прогнозування. Шкала для попереднього етапу містить суто клінічні та ендоскопічні критерії, наведені у таблиці 1. Попереднє оцінювання проводимо до отримання результатів лабораторних обстежень.

Для опису стигмат F II пропонуємо застосовувати розроблений нами метод оцінювання стабільності гемостазу (патент на корисну модель № 145492), що полягає в опроміненні згортку крові чи тромбу на виразці сфокусованими червоним (довжина хвилі $\lambda=0,63$) і зеленим ($\lambda=0,5$ мкм) лазерними променями через світловоди, заведені в робочий канал ендоскопа. Якщо на згортку (тромбі) переважає світіння червоного променю, це свідчить про надійний гемостаз, якщо переважає світіння зеленого – навпаки. Вважаємо за доцільне доповнювати градації F II аб індексом Н – низький ризик РК і В – високий ризик, за наявності відповідних ознак. З урахуванням того, що використання методу є наразі недоступним для широкого кола лікарів, ми пропонуємо базовий (традиційні дефініції F II аб) і розширений варіанти шкали. Чутливість шкали, за нашими даними, становить 89,66%, а специфічність – 86,8%. Згідно з шкалою виділяємо дві групи ризику РК – низький і високий.

Таблиця 1. Шкала для попереднього етапу прогнозування рецидивних виразкових кровотеч

Критерій				Пункти
Відсутність	гемостатичної	терапії	до	1

Матеріали конференції

госпіталізації	
Кровотеча з виразки в анамнезі	1
Клас за Forrest:	
I	3
II ab	2
II c	1
II ab B – додатково	2
Клас коморбідної патології:	
1 чи відсутня	1
2	2
3	3
Пульс >90 за 1 хв	1
Пульсовий тиск <60 мм рт ст	1
Температура тіла >37 ⁰ С	2

Первинну ЕГДС вважаємо за потрібне виконувати якомога раніше. ЕГ вважаємо безумовно необхідним у всіх випадках активної кровотечі. У випадках класу F II всім хворим, віднесеним до групи високого ризику виконуємо превентивний ЕГ.

У хворих з стигматами F I, IIa, IIb, з високим ризиком РК для ЕГ використовуємо суміш рідкого желатину з епінефрином 1:20 (патент на корисну модель № 145488). За стигмат F IIc застосовуємо аплікаційний ЕГ з попереднім обдуванням стінки органу охолодженням до -900С повітрям за напрацьованою методикою (патент на корисну модель № 14549). Хворим з стигматами F II з низьким ризиком РК превентивний ЕГ не проводимо.

Надалі оцінюємо ризик РК за основною шкалою, яка, окрім наведених у таблиці 1, містить дані лабораторних обстежень. Підставою для включення таких критеріїв став аналіз даних, отриманих обстеженням хворих.

Оскільки визначення частини представлених показників є, поки що, недоступним у повсякденній практиці, нами напрацьовано два варіанти основної прогностичної шкали – базовий (табл. 2) і розширений (табл. 3). У базову шкалу відібрані рутинні критерії, а розширена – доповнена рештою. Чутливість базової шкали, за нашими даними, становить 92,86%, а специфічність – 92,16%. Чутливість розширеної основної шкали зростає до 100%, а специфічність – до 95,83%. Для спрощення оцінювання і автоматизації підрахунку ми пропонуємо використовувати електронні таблиці Excel зі створеним шаблонним файлом, у якому передбачені комірки для введення даних конкретного хворого у базовий і розширений варіанти шкали. Після їх уведення результат демонструється автоматично у відповідних комірках. Для розрахунків можна використовувати персональні пристрої – планшет, смартфон, з встановленою програмою Excel і завантаженим шаблонним файлом.

У хворих групи високого ризику РК щойно після оцінювання проводимо ранню контрольну ЕГДС для уточнення ризику з урахуванням ендоскопічних стигмат. У разі підтвердження високого ризику повторно виконуємо ЕГ. Якщо впродовж первинної ЕГДС був використаний ін'єкційний ЕГ за розробленим методом, застосуємо інший. Якщо ж була застосована стандартна суміш для ін'єкції, використовуємо запропоновану нами суміш, чи інший метод, зокрема, аплікаційний. Потребу проведення наступних контрольних ЕГДС визначаємо

індивідуально, з урахуванням клінічних проявів, результатів лабораторних досліджень. Контрольну ЕГДС перед випискою із стаціонару виконуємо всім хворим.

Консервативне лікування проводимо згідно з рекомендаціями відомих настанов. З урахуванням виявлених нами особливостей функційного стану печінки, нирок, механізмів фібринолізу, протеолізу, редокс-реакцій, у хворих з високим ризиком рецидиву ГВК стандартний медикаментозний комплекс доповнюємо відповідними засобами.

Таблиця 2. Базова основна шкала для прогнозування рецидивних виразкових кровотеч

Критерій	Пункти
Відсутність гемостатичної терапії до госпіталізації	1
Кровотеча з виразки в анамнезі	1
Клас за Forrest:	
I	3
II ab	2
II c	1
Клас коморбідної патології:	
1 чи відсутня	1
2	2
3	3
Пульс >90 за 1 хв	1
Пульсовий тиск <60 мм рт ст	1
Температура тіла >37 ⁰ С	2
Загальна кількість лейкоцитів <4 чи >10 Г/л	1

Матеріали конференції

Концентрація креатиніну: 110-160 мкмоль/л	1
>160 мкмоль/л	2
Вміст загального білка < 57 г/л	1
Протромбіновий індекс < 75%	1
Час рекальцифікації плазми < 110 сек	1
Фібриноген В:	
+	1
++,+++	2

Екстрене хірургічне втручання вважаємо показаним у разі невдачі ЕГ за первинної ЕГДС. У разі розвитку РК операцію також виконуємо за невдачі ЕГ. Вважаємо перспективним застосування ендovasкулярного гемостазу, але наразі такої можливості в нас немає.

Таблиця 3. Критерії, додані в розширену основну прогностичну шкалу для прогнозування рецидивних виразкових кровотеч

Критерій	Пункти
Фібриназа > 70%	2
Антитромбін III > 0,56 г/л	1
Відношення не ферментаційної та ферментаційної фібринолітичної активності плазми < 0,8	1
Протеолітична активність плазми за азоколагеном < 0,7 Е 440/мл/год	1
Рівень окисної модифікації нейтральних білків плазми > 3,2 Е 370 мм/г білка	1

Матеріали конференції

Відношення між вмістом дієнових кон'югатів і кетодієнами та спряженими триєнами >2,5	1
Кількість глутатіону відновленого <0,4 ммоль/л	2
Наявність алеля А за поліморфізмом G43A гена PAI-1	1
Наявність алеля 5G за поліморфізмом 5G4 гена PAI-1	1

З використанням такої тактики нами проліковано 26 хворих, серед яких було 17 (65,38%) чоловіків і 9 (34,62%) жінок. У 14 (53,85%) хворих виявлена виразка ДПК, у 12 (46,15%) – шлунка. У 7 (26,92%) хворих протягом первинної ФЕГДС виявлений клас F I (Ia – 4, Ib – 3), у 19 (73,08%) – клас F II (IIa – 5, IIb – 12, IIc – 9). У 14 хворих виявлений високий ризик рецидиву ГВК. Будь-яких ускладнень після використання напрацьованих методів ЕГ не спостерігали. У жодному випадку не виникла рецидивна кровотеча. Це свідчить про ефективність запропонованої тактики і перспективність її наступного впровадження.

Висновки

1. Напрацьована прогностична шкала дозволяє обґрунтовано виділяти групи високого і низького ризику виникнення рецидивів виразкових кровотеч.
2. Застосування розробленого алгоритму, що заснований на виділенні груп ризику розвитку рецидивів, дозволяє визначати тактику лікування хворих і коректувати медикаментозний комплекс.

3. Клінічна апробація модифікованої тактики лікування свідчить про її ефективність і можливість наступного широкого впровадження в практику.