

Можливості малоінвазивних ендоскопічних технологій у лікуванні гострокровоточивих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на хронічну хворобу нирок IV–V стадій

M. M. STETS¹, I. M. MOLNAR², V. M. PEREPADYA¹, V. R. ANTONIV¹, T. M. SHYNKARYK²

O. Bohomolets National Medical University¹
Kyiv City Clinical Hospital № 3²

POSSIBILITIES OF MINI-INVASIVE ENDOSCOPIC TECHNOLOGY FOR ACUTE BLEEDING GASTRIC ULCERS AND DUODENAL ULCER IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE OF IV–V STAGES

За період 2006–2015 рр. у Київській міській клінічній лікарні № 3 в Київському науково-практичному центрі нефрології та діалізу було обстежено та проліковано 6254 хворих на хронічну хворобу нирок IV–V стадій, яким проводили плановий діаліз. Із них 98 (1,6 %) мали гострокровоточиві гастроудоденальні виразки тяжкого ступеня. Малоінвазивні ендоскопічні методи гемостазу гострокровоточивих гастроудоденальних виразок у хворих із хронічною хворобою нирок IV–V стадій мають ряд переваг, що знижують летальність у даній категорії пацієнтів. Вимушене хірургічне втручання у зв'язку з агресивним перебігом ускладнень виразкової хвороби залишається "операцією відчаю", що утримує високі показники летальності у даній категорії хворих.

During the period 2006–2015, in the Kyiv City Hospital №3 in the Kyiv Scientific-Practical Center of Nephrology and Dialysis were examined and treated 6254 patients with a chronic disease of the kidneys of IV–V stages, which conducts routine dialysis. Among them, 98 (1.6 %) had severe acute gastroduodenal bleeding ulcers. Mini-invasive endoscopic methods of hemostasis acute gastroduodenal bleeding ulcers in patients with a chronic disease of the kidneys IV–V stages, have a number of advantages, which reduce mortality in these patients. Forced surgery due to the aggressive course of complications of peptic ulcer disease remains "desperate operation" that holds the high mortality rates in these patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Дискусії щодо лікування гострокровоточивих гастроудоденальних виразок залишаються показовими на світових форумах із невідкладної гастроентерології, проте не впливають на показники летальності в структурі пацієнтів. Особливої актуальності ця проблема набуває у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) IV–V стадій, що супроводжується високими показниками креатиніну, сечовини та вимушеною залежністю від діалізу. За даними літератури, одними із вагомих складових ускладнень вищезазначеної патології є гострокровоточиві гастроудоденальні виразки, що складають 2–6 %. Вичерпних протоколів лікувальної тактики в цій тяжкій категорії хворих ми не знайшли. Залишається дискусійним питання переваг малоінвазивних ендоскопічних втручань над операціями у цієї тяжкої категорії хворих задля зменшення летальності, яка залишається високою та сягає 25–30 %.

Мета роботи: покращити результати лікування гострокровоточивих гастроудоденальних виразок у хворих з ХХН IV–V стадій шляхом застосування малоінвазивних ендоскопічних методик для досягнення надійного гемостазу.

Матеріали і методи. За період 2006–2015 рр. у Київській міській клінічній лікарні № 3 в Київському науково-практичному центрі нефрології та діалізу було обстежено та проліковано 6254 хворих на хронічну хворобу нирок IV–V стадій, яким проводили плановий діаліз. Із них 98 (1,6 %) мали гострокровоточиві гастроудоденальні виразки тяжкого ступеня.

Вік хворих коливався від 18 до 56 років, при цьому середній склав (45,2±4,6) року. Чоловіків було 67 (68,4), а жінок – 31 (31,6 %).

Усіх хворих було поділено на дві групи: з 2006 до 2010 р. – I група; з 2011 до 2015 р. – II група.

До I групи увійшли 45 (45,9 %) пацієнтів, серед яких у 18 (18,4 %) хворих надійного гемостазу

було досягнуто за допомогою застосування малоінвазивних ендоскопічних методик, а 27 (27,6 %) пацієнтам було виконано операційне втручання. До II групи увійшли 53 (54,1 %) хворих, у яких надійного гемостазу було досягнуто за допомогою застосування малоінвазивних ендоскопічних методик, з них у 5 пацієнтів – кліпуванням, а в решти 48 хворих – комбінованим гемостазом. В ролі останнього застосовували поєднання ін'єкційного методу (формування параульцерозного інфільтрату шляхом ін'єкції фізіологічного розчину з 96 % етиловим спиртом та епінефрином) з коагуляцією дна виразки монополярним зондом.

При аналізі клінічних проявів гострокровоточивих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) головними були розлади гемодинаміки (тахікардія, гіпотензія) і тахіпное, що супроводжувалися меленою та блюванням кавовою гуцею. Остання мала місце переважно у хворих з виразками шлунка.

Всім хворим, окрім загальноклінічних обстежень, обов'язковим було виконання езофагогастроудоденоскопії для верифікації джерела кровотечі та його локалізації. За локалізацією у 15 хворих (15,3 %), мали місце гострокровоточиві виразки шлунка, у решти – гострокровоточиві виразки ДПК – 83 (84,7 %) пацієнти. У вищезазначених хворих був тяжкий ступінь крововтрати. Серед гострокровоточивих виразок шлунка в 9 хворих мала місце локалізація в тілі шлунка, у 4 – в антральному відділі шлунка, а в 2 – в кардіальному відділі шлунка. Розміри всіх виразок шлунка не перевищували 2,0 см. Локалізація виразок дванадцятипалої кишки у 55 хворих була по задній стінці, в 12 – по передній стінці, в 9 – по нижній стінці, а в 7 – по верхній стінці. Розміри всіх виразок ДПК були 0,7–2,0 см.

Результати досліджень та їх обговорення.

При порівнянні двох періодів надання допомоги хворим із гострокровоточивими гастродуоденальними виразками та хронічною хворобою нирок IV–V стадій звертає на себе увагу те, що малоінвазивні ендоскопічні втручання, які були ефективними в II групі спостереження, не мали летальності, тоді як у I групі спостереження основна летальність була післяопераційна і складала 11,1 % (3 хворих). При цьому зазначена летальність зумовлена хірургічним втручанням на висоті рецидиву кровотечі.

При оцінці ендоскопічного гемостазу гострокровоточивих виразок шлунка та ДПК використовували класифікацію за Forrest (1974). У 65 хворих була активна кровотеча, з них у 47 – I A (пульсуючою цівкою), а в 18 – I B (кровотеча потоком). У решти 33 пацієнтів – нестабільний гемостаз,

при цьому у 24 хворих – II B (виразка заповнена згортком крові), у 9 – II C (на дні виразки тромбовані судини).

27 хворим з нестабільним гемостазом та пенетрувальними виразками, з яких у 3 мало місце формування пілоростенозу, було виконано хірургічне втручання. У 3 пацієнтів була гострокровоточива виразка шлунка, а в решти 24 – гострокровоточиві виразки ДПК. При цьому в 3 хворих з виразками шлунка було виконано клиноподібну резекцію, у 14 – антрумектомію з анастомозом по Б-II, а в 10 – органозберігаючі операції (пілородуоденопластика з висіченням виразки та екстеріоризацією).

Слід зазначити, що ендоскопічний гемостаз, виконаний шляхом кліпування у 5 хворих, не мав рецидивів кровотечі, тоді як комбінований метод ендоскопічного гемостазу в 15 хворих було повторно успішно виконано, повторного рецидиву не спостерігали, і не було летальних випадків. Останнє давало можливість проводити діаліз для стабілізації показників ниркової недостатності, що обтяжувала стан хворих. Перевагу віддавали відмитим еритроцитам для подолання гострої анемії, яка була фоною у даної категорії хворих, в комплексному лікуванні трансфузійною полікомпонентною терапією.

Особливістю морфологічних досліджень біопатів виразок шлунка, забір яких виконували під час контрольної езофагогастроудоденоскопії, була наявність незначного періульцерозного валу, що супроводжувався поліморфноклітинним та лімфогістіоцитарним інфільтратом. При цьому по краях виразкового дефекту мала місце грубоволокниста сполучна тканина з незначними ділянками, що поширювалась на субсерозні та м'язові шари. Крім того, виявляли артерії з розростанням стінок та свіжими згортками крові в них. Слід зазначити, що глибина некрозу дна виразки була мінливою. Морфологічна картина біопатів виразок дванадцятипалої кишки також проявлялася нешироким шаром детриту і незначним шаром фібриноїдного некрозу.

У процесі аналізу показників гомеостазу, зокрема гемограми, ми звернули увагу на кількісні зміни формених елементів крові у бік зменшення кількості лімфоцитів.

Клінічні прояви хронічної хвороби нирок включали: підвищену втому і загальну слабкість; труднощі з концентрацією уваги; відсутність апетиту; порушення сну; нічні судоми; набряки на гомілкях і стопах; припухлість довкола очей; сухість та свербіння шкіри; почастищення позивів до сечовипускання. Вищезазначені скарги були

З ДОСВІДУ РОБОТИ

яскраво вираженими і доповнювали семіотику гострокровоточивих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

Висновки. 1. Малоінвазивні ендоскопічні методи гемостазу гострокровоточивих гастродуоденальних виразок у хворих з хронічною хворобою

нирок IV–V стадій мають ряд переваг, що знижують летальність у даній категорії пацієнтів.

2. Вимушене хірургічне втручання у зв'язку з агресивним перебігом ускладнень виразкової хвороби залишається “операцією відчаю”, що утримує високі показники летальності в даній категорії хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В. В. Противоязвенное лечение в хирургии / В. В. Бойко // Здоров'я України. – 2009. – № 12/1. – С. 16–18.
2. Вдовиченко В. І. Лікування виразкової хвороби / В. І. Вдовиченко. – К. : ІВЦ АЛКОН. – 2004. – С. 85.
3. Вилявин Г. Д. Резекция желудка и органосохраняющие операции при гастродуоденальных язвах / Г. Д. Вилявин, А. З. Магомедов, А. Ф. Дибиров // Клини. хирургия. – 1984. – № 10. – С. 50–52.
4. Голубчиков М. В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / М. В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія та гепатологія. – 2000. – № 1. – С. – 17–20.
5. Ковальчук Л. Я. Клінічна хірургія / Л. Я. Ковальчук, В. Ф. Саєнко, Г. В. Книшов. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 504 с.
6. Котаев А. Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением / А. Ю. Котаев // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 251. – С. 58–62.
7. Никишаев В. И. Эндоскопические классификации и комментарии к ним / В. И. Никишаев, Е. О. Врублевская, И. И. Лемко. – К. : Гамма Колір, 2004. – 32 с.
8. Современные методы лечения язвенной болезни / В. Ф. Саєнко, В. В. Грубник, Ю. В. Грубник, С. Г. Четвериков. – К. : Здоров'я, 2002. – 272 с.
9. Хірургія (факультетська) : підручник / [М. П. Захараш, О. І. Пойда, М. Д. Кучер та ін.] – К. : Медицина, 2006. – 656 с.
10. Effects of ranitidine for exercise induced gastric mucosal changes and bleeding / S. J. Choi, Y. S. Kim, J. R. Chae [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12. – P. 2579–2583.
11. Ebell M. H. Prognosis in patients with upper GI bleeding / M. H. Ebell // Am. Fam. Physician. – 2004. – Vol. 70. – P. 2348–2350.
12. Hernandez-Diaz S. Incidence of serious upper gastrointestinal bleeding/perforation in the general population: review of epidemiologic studies / S. Hernandez-Diaz, L. A. Rodriguez // J. Clin. Epidemiol. – 2002. – Vol. 55. – P. 157–163.
13. Leontiadis G. I. Systematic review and meta-analysis: proton-pump inhibitor treatment for ulcer bleeding reduces transfusion requirements and hospital stay—results from the Cochrane Collaboration / G. I. Leontiadis, V. K. Sharma, C. W. Howden // Aliment Pharmacol. – Ther. – 2005. – Vol. 22. – P. 169–174.
14. Physical activity and risk of gastrointestinal hemorrhage in older persons / M. Pahor, J. M. Guralnik, M. E. Salive [et al.] // JAMA. – 1994. – Vol. 272. – P. 595–599.

Отримано 15.03.16