

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Б.К.СУЛТОНОВ, Д.Э.БАЛТАЕВ, Ф.У.ЯКУБОВА

Prophylaxis and early diagnostics of acute bleeding from alimentary tract of hard-burned patients

B.K.SULTONOV, D.E.BALTAEV, F.U.YAKUBOVA

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В отделении комбустиологии Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2001–2005 гг. эндоскопические исследования выполнены 727 тяжелообожженным пациентам. В результате проведенного исследования установлено, что в протокол обследования больных с площадью глубокого ожога более 15% необходимо включать раннюю ЭГДФС, которая позволяет определить группу пациентов, нуждающихся в мероприятиях по профилактике и раннему лечению желудочно-кишечных кровотечений, а также доказана эффективность методов эндоскопического гемостаза продолжающегося кровотечения.

In 2001–2005 endoscopic examination of 727 heavy-burnt patients was conducted in the department of combusting in the Khorezm branch of the Republican Scientific Research Center of Emergency Medicine. Research concluded that the protocol of examination of the patients with more than 15 percent of heavy-burnt area should include early esogastroduodenofoscopy (EGDFS), which allows to define particular group of patients who is in need of prophylaxis and early treatment of gastrointestinal hemorrhage. Moreover, the effectiveness of endoscopic hemostasis methods with the continuing hemorrhage was proved.

Несмотря на существенный прогресс в лечении тяжелообожженных профилактика и ранняя диагностика такого грозного осложнения ожоговой болезни как острые эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), приводящие к тяжелым кровотечениям, остаются актуальной проблемой комбустиологии [1, 4, 6, 11].

Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) у тяжелообожженных, которое происходит на фоне гиповолемии, тканевой гипоперфузии и гипоксии, внутрислизистого ацидоза, активации перекисного окисления липидов, приводит к нарушению защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и формированию энтеральной недостаточности. По данным различных авторов, общая частота кровотечений у пострадавших с тяжелой термической травмой варьирует от 30–50 до 100%. Клинически значимые кровотечения развиваются примерно у 20% пострадавших.

Все это обуславливает необходимость включения в протокол ведения тяжелообожженных лечебно-диагностических мероприятий, направленных на предупреждение острых изъязвлений ЖКТ, раннее их выявление и лечение. Острые стрессовые эрозии и язвы располагаются преимущественно на верхнем этаже ЖКТ [5, 8, 9], поэтому основным средством ранней диагностики и мониторинга состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки следует признать эзофагогастродуоденофиброскопию (ЭГДФС).

Материал и методы

В отделении комбустиологии Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2001–2005 гг. эндоскопические исследования выполнены 727 пациентам, что составляет 12% от общего числа обожженных, получавших стационарное лечение. У 38 (5,2%) пострадавших основным показанием к выполнению ЭГДФС служило появление клинических признаков ЖКК (мелена, рвота «кофейной гущей»). В остальных случаях эндоскопическое исследование

желудка и ДПК проведено согласно протоколу ведения больных с термической травмой площадью более 15% поверхности тела. Как показывает наш опыт, у каждого третьего такого пациента имеются той или иной степени выраженности изменения слизистой, в большинстве случаев не проявляющиеся клиническими признаками.

Результаты и обсуждение

Эндоскопические признаки продолжающегося (по классификации Forrest-I) и состоявшегося (Forrest-II) острого ЖКК обнаружены у 96 (13,2%) из 727 пациентов, подвергнутых ЭГДФС. У 35 (36,5%) из них причиной геморрагии явились острые (27) и хронические (8) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. У 61 (63,5%) пациента диагностирован геморрагический эрозивный гастрит. Все они хорошо поддавались консервативной терапии. При выявлении язв с высоким риском рецидива кровотечения в современной хирургии обязательно используют методы профилактического эндоскопического гемостаза. В первую очередь это касается активно кровоточащих язв (по классификации Forrest-I), при которых методы эндоскопического гемостаза снижают показатели летальности и число постгеморрагических осложнений. При остановившемся язвенном кровотечении по F-IIa и F-IIb консенсуса пока не достигнуто. В то же время появляются сообщения об улучшении результатов лечения язв с высоким риском рецидива кровотечения такими новыми противоязвенными препаратами как ингибиторы протонной помпы и соматостатин [2, 7]. Поэтому некоторые специалисты рекомендуют эндоскопическую терапию только пациентам с активно кровоточащими язвами [3, 10].

У 83 (86,5%) больных присутствовали такие факторы риска как наличие обширных и глубоких ожогов, которые, как известно, неизбежно сопровождаются выраженными микроциркуляторными расстройствами. Кроме того, у ряда обожженных кровотечение возникло на фоне поздно начатого лечения или неадекватно проводимых противошоковых мероприятий, имел место отягощенный желудочно-кишечный анамнез.

При наличии у обожженного одного из перечисленных неблагоприятных прогностических факторов, схему его лечения дополняли программой ранней профилактики острого ЖКК, включающей общие и местные мероприятия. Общее лечение в период ожогового шока было направлено на восполнение ОЦК до умеренной гемодилуции, восстановление микроциркуляторной перфузии тканей, поддержание адекватного кислородного режима. Снижение агрегационной и гиперкоагуляционной активности достигалось применением гепарина, трентала, низкомолекулярных декстранов, криоплазмы. Проводились мероприятия, направленные на снижение местных агрессивных процессов в желудочно-кишечном тракте: промывали желудок, назначали обволакивающие вещества (алмагель, облепиховое масло), ингибиторы протонной помпы (омез, зантак), причем в период шока предпочтение отдавали их парентеральному введению.

Больным с остановившимся ЖКК назначали стандартную терапию, направленную на медикаментозную профилактику повторного кровотечения. В первую очередь она включала противоязвенные препараты: внутривенное введение 50 мг зантак два раза в день в течение 3 дней с последующим переводом на пероральный прием таблеток омепразола (омез) по 20 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней.

Выбор метода лечебной эндоскопии или ее комбинации для каждого больного зависел от характеристик источника кровотечения и гемостатических особенностей самого метода. При наличии на дне язвы крупного видимого (кровоточащего или тромбированного) сосуда старались использовать паравазальные инъекции в сочетании с электрокоагуляцией тромбированного сосуда эндоскопическим методом. Если сосуд прикрыт тромбом, то сначала язву в течение 3–4 мин орошали струей физиологического раствора NaCl, стараясь отмыть свободно лежащие струпки и фибриновый налет. Только после этого язву классифицировали окончательно в класс F-IIa или F-IIb. В последнем случае чаще прибегали к инъекционному способу (введение смеси этанола 96% и новокаина 0,5% в соотношении 1:1).

По завершении первичной эндоскопии ежечасно в течение первых 24 часов и каждые 4 часа на вторые сутки измеряли артериальное давление и частоту пульса. В первые сутки нахождения больного в клинике каждые 6 часов исследовали показатели красной части крови. В последующие дни показания к проведению этих исследований определялись лечащим врачом. Результаты лечения контролировались также методом эндоскопического мониторинга, выполняемого путем повторных ЭГДЭС с интервалом между исследованиями в 6–12–24 часа и далее по необходимости.

Факт рецидива геморрагии подтвержден у 2 (5,7%) пациентов. Среди пострадавших с острыми эрозиями повторного эпизода кровотечения не наблюдалось. У обоих больных имел место ранний рецидив в течение первых 72 часов после первичной ЭГДЭС, при этом язвы у них классифицировались как Forrest-I и Forrest-IIa. Примечательно, что у обоих больных были глубокие ожоги III–IV ст. площадью до 40%.

Рецидив кровотечения удалось остановить методами эндоскопического гемостаза.

Выводы:

1. Неблагоприятными факторами риска развития ЖКК у больных с термической травмой являются наличие обширных и глубоких ожогов на фоне поздно начатых или неадекватно проводимых противошоковых мероприятий,

отягощенный желудочно-кишечный анамнез.

2. В протокол обследования больных с площадью глубокого ожога более 15% необходимо включать раннюю ЭГДЭС, которая позволяет оценить морфологические последствия ожоговой болезни на слизистой оболочке и определить группу пациентов, нуждающихся в мероприятиях по профилактике и раннему лечению ЖКК.

3. Методы эндоскопического гемостаза являются эффективным средством остановки продолжающегося кровотечения и достаточно надежным методом профилактики его рецидива.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончар М.Г., Дельцова Е.Т., Кучирка Я.М. и др. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью. Хирургия 1999; 6: 25–26.
2. Barkun AV. The role of intravenous proton pump inhibitors in the modern management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Drugs of Today 2003; 39 Suppl A: 3–10.
3. Bjorkman DJ: Bleeding Ulcers: Endoscopic assessment and management 2000. In J. Van Dam, Friedman L.S. Endoscopy in the new millennium. ASGE postgraduate Course 2000; 3–7.
4. Blecker D., Bansal M., Zimmerman R.L. et al. Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review. Amer Gastroenterol 2001; 96 (3): 902–905.
5. Cowles R.A., Mulholland M.W. Surgical management of peptic ulcer disease in the Helicobacter eradication management of bleeding peptic ulcer. Surg Laparosc Endosc Percutaneous Techniq 2001; 11 (1): 2–8.
6. Enns R. Dieulafoy's lesions of the rectum: a rare cause of lower gastrointestinal bleeding. Canad Gastroenterol 2001; 15 (8): 541–545.
7. Imperiale T.F., Birgisson S. Somatostatin or octreotide compared with H2 antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. Ann Intern Med 1997; 127: 1062–1071.
8. Lin H.J., Wang K., Peng C.L. et al. Natural history of bleeding peptic ulcers with a tightly adherent blood clot: a prospective observation. Gastrointest Endosc 1996; 43: 470–473.
9. Longstreth G.F., Feitelberg S.P. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. Gastrointest Endosc 1998; 47: 219–221.
10. Mahachai V., Vilaichone R.K., Kullavanijaya P. Diagnosis method of Helicobacter pylori infection in bleeding peptic ulcer. Journal of the Medical Ass Thailand 2002; 85 Suppl 1: 103–108.
11. Rollhauser C., Fleischer D.E. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy 2002; 34 (2): 111–8.

ОИр куйганларда г'тқири ошозон-ичак іон кетишларининг профилактикаси ва эрта диагностикаси

Б.К.Султонов, Д.Э.Балтаев, Ф.У.Якубова
РШТЭИМ Хоразм филиали

2001–2005 йилларда РШТЭИМ Хоразм филиалининг комбустиология бўлимида 727 нафар оИр куйган беморда эндоскопик текширувлар г'тқазилди. Г'тқазилган текширувлар натижасидан куйиш майдони 15% ортиги бўлган, ошозон ичакдан іош кетишини олдини олиш ва эрта даволаш тадбир-чораларига муҳтож бўлган беморлар гуруҳини аниқлашда эрта ЭГДЭСни іг'ллаш муҳимлиги аниқланди. Шунингдек, давом этувчи іон кетишда эндоскопик гемостаз усулининг афзаллиги исботланди.