

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України
Асоціація хірургів-гепатологів України
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ
SURGERY OF UKRAINE

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4 (68) (ДОДАТОК №1) / 2018

Заснований 19 червня 2001 року

Виходить чотири рази на рік

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ

*За редакцією проф. В.Г. Мішалова (Київ),
проф. Л.С. Білянського (Київ),
доц. Л.Ю. Маркулана (Київ),
доц. В.М. Селюка (Київ),*

РІДКІ ВИПАДКИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧ ІЗ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Фомін П.Д., Повч О.А., Сидоренко В.М., Пруднікова О.Б., Марценюк Р.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

Представлено аналіз 47 хворих із рідкими причинами кровотеч із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту. Показано доцільність виконання екстренної фіброколоноскопії у хворих із середньою та важкою крововтратою з метою своєчасної діагностики, проведення ендоскопічного гемостазу і уникнення екстренних оперативних втручань. Проблема тонкокишкових кровотеч невстановленого генезу потребує додаткового вивчення і розробки нових методик екстренної діагностики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Рідкі причини кишкових кровотеч із шийних відділів шлунково-кишкового тракту, екстренна фіброколоноскопія.

Щорічна захворюваність кровотечами із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту (КНВШКТ) складає 20-30 випадків на 100 тисяч населення (Lee J., 2009). Найбільш часто, у 85% випадків, такі кровотечі зупиняються спонтанно, однак, близько у чверті випадків – виникає рецидив кровотечі із летальністю 2-4% (Штофин С.Г., 2011; Barnert J., 2009). Рідкі причини КНВШКТ описані мало, проблема актуальна і потребує подальшого вивчення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Протягом 5-и років спостереження (2013-17 рр.), у Київському міському Центрі по наданню екстренної допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами, перебувало 47 пацієнтів із рідкими причинами КНВШКТ. Серед них: неспецифічний виразковий коліт (НВК) – 11, хвороба Крона – 5, дивертикул Меккеля – 2, гастроінтестинальна стромальна пухлина тонкої кишки (ГСПТК) – 1, ендометріоз сигмоподібної кишки – 1, термінальний ілеїт – 1, міхурово-ободова нориця з ерозією стінки – 1, рак простати із проростанням пухлини в пряму кишку – 1, кровотока з місця ендоскопічної поліпектомії в нисхідній кишці (виникла через 6 год після маніпуляції) – 1, тонкокишкові кровотечі невстановленого генезу (ТККНГ) – 23. З діагностичною метою використовувались екстренні езофаго-гастродуоденоскопія (ЕФГДС) та фіброколоноскопія (ФКС), багатофазну спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним та пероральним контрастуванням (СКТ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Екстренна ФКС – виконувалась у всіх випадках, коли хворі доставлялись у стаціонар із клінікою кишкової кровотечі і гемодинамічні показники та вираженість супут-

ньої патології дозволяли здій-снити це дослідження. Всього проведено 43 екстрених ФКС. Виконання да-ної маніпуляції стало можливим із впровадженням у клінічну прак-тику різ-них методик екстренної підготовки кишківника до дослідження. Найкращим варіантом, що надає найбільш оптимального очищення стінок кишківника, вважаємо введення розчину «Фортрансу» («Ендофальку») через зонд, заве-дений ендоскопічно у 12-палу кишку при паралельному внутрішньовенному введенню розчину метокло-праміду. Екстренна ФКС застосовувалась як із діагностичною, так і з лікувальною ме-тою, використовуючи методики ендос-копічного гемостазу (перевага надавалась арго-но-плазмовій коагуляції).

Оперовано: 1 хворого з дивертикулом Меккеля (висічення дивертику-ла), пацієн-та з ендометріозом сигмоподібної кишки (резекція сигми із апара-тним анастомозом), хворого із ПСПТК (резекція ділянки тонкої кишки), па-цієнта з термінальним ілеїтом (ре-зекція ділянки тонкої кишки). Серед оперо-ваних – померлих не було.

Спостерігали 4 летальні наслідки у пацієнтів, що лікувались консерва-тивно. Жо-ден із них не мав проявів продовження кровотечі протягом пере-бування в стаціонарі. Серед них: один хворий із НВК і тотальним ерозивно-виразковим ураженням тонкої і товстої кишок (доставлений у стані гемора-гічного шоку III ст.), двоє пацієнтів із хво-робою Крона (важка крововтрата, декомпенсація серцево-легеневої патології) та один досліджуваний із міхуро-во-ободовою норицею (ТЕЛА).

Найбільш складна, для діагностики, група із 23 хворих, що мали ТККНГ. Даний діагноз встановлювався після виконання у них екстрених ЕФГДС та ФКС, при яких джерела кровотечі в шлунку та ободовій кишці виявлено не було. Помірна крововтрата встановлена у 6 хворих, середня – у 7 та важка – у 10 досліджуваних. У всіх пацієнтів да-ної групи, виконувана консервативна терапія, мала позитивний ефект (рецидиви кро-вотечі були у 6 пацієнтів). Оперативних втручань не було. Протягом 2017 року, трьом хво-рим із ТККНГ, виконували СКТ із подвійним контрастуванням у відстрочено-му періоді. Однак, переконливих даних про наявність джерела кровотечі у тонкому киш-ківнику, виявлено не було.

ВИСНОВКИ

1. Представлений клінічний аналіз хворих із рідкими при-чинами КНВШКТ, що мо-жуть зустрічатись у повсякденній практиці лікаря.
2. Екстренна ФКС дозволяє діагностувати і застосувати ендоскопічний гемостаз у всіх випадках кровотеч, що розміщені в ободовій кишці і уникнути екст-рених опера-тивних втручань.
3. Проблема ТККНГ залишається актуаль-ною, потребує детального вивчення і удо-сконалення діагностичних прийомів для своєчасної діагностики і вибору методу ліку-вання.