



Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
кафедра хірургії № 3

Київський міський центр по наданню медичної допомоги
хворим з шлунково-кишковими кровотечами
ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ»
Київська міська клінічна лікарня №12



2019

Наукова конференція «Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч»

м. Київ, 13 вересня 2019

Матеріали конференції

Выводы. 1. Тотальную ГЭ при ОРЖ у пациентов молодого и среднего возраста желательнее дополнять одномоментной ЕГП с включением ДПК. 2. После тотальной ГЭ при ОРЖ при развитии патологических синдромов целесообразно использовать двухмоментную реконструктивную ЕГП с созданием искусственного тонкокишечного резервуара аппаратным способом с включением ДПК. 3. Применение одно- или двухмоментной ЕГП после тотальной ГЭ улучшает качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЕКСТРЕННА ДОПОМОГА ХВОРИМ ІЗ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Фомін П.Д., Повч О.А., Козлов С.М., Шаповалюк В.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна.
Міська клінічна лікарня №12, Київ, Україна.

Вступ. Кількість хворих із дивертикулярною хворобою ободової кишки в індустріально розвинених країнах невідносно зростає і складає 1,2 на 1000 населення за останні 5 років. Кишкові кровотечі, як ускладнення даної патології, мають місце у 5,2–13% всіх кровотеч із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Мета роботи. Провести аналіз хворих із гострокровоточивими дивертикулами ободової кишки (ГКДОК), визначити найбільш оптимальні методики діагностики та лікування даної категорії пацієнтів.

Матеріали і методи. У Київському міському центрі по наданню екстреної допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами, з 1999 по 2018 рр., проходило лікування 676 пацієнтів із ускладненою дивертикулярною хворобою ободової кишки. У 465 (68,8%) хворих, діагностовано гостру кровотечу з дивертикулів.

Результати. Спостерігається тенденція до зростання кількості хворих із ГКДОК. Так, за останні 5 років, спостерігалось 183 пацієнтів (39,4%) із даною патологією. Серед хворих із ГКДОК, переважали, жінки – 297 (63,9%) досліджуваних та пацієнти похилого і старечого віку (61–70 років та старше 70 років) – 399 (85,8%). Помірна крововтрата діагностована у 235 хворих (50,5%), середня – у 121 (26%), важка – у 109 (23,5%) пацієнтів. Хворим, що поступали в клініку з важким ступенем важкості шлунково-кишкової кровотечі, виконували підготовку кишківника та колоноскопію (КС) в екстреному порядку (5–6 годин з моменту госпіталізації), з метою діагностики та зупинки кровотечі з дивертикулів, що давало можливість уникнути виконання ургентних оперативних втручань. Протягом 2014–18 рр., спостерігали 36 пацієнтів

із ГКДОК, що поступали в клініку із важкою крововтратою. Виконано 31 (86,1%) екстрену КС при якій, у 14 хворих виявлено тип Forrest I (IA–5, IB–9), а у 17 пацієнтів – тип Forrest II (IIA–5, IIB–8, IIC–4) кровотечі з ГКДОК. У всіх випадках застосовані міри ендоскопічного гемостазу у вигляді аргоноплазмової коагуляції (АПК). Рецидив кровотечі виник у трьох хворих (у всіх було встановлено Forrest IA при первинній КС), що привело до виконання повторної маніпуляції із застосуванням АПК. 5 пацієнтів із ГКДОК, поступали в клініку у крайньо важкому стані, обумовленому явищами геморрагічного шоку II–III ступенів і померли в реанімаційному відділенні протягом короткого часу з моменту госпіталізації. У цих хворих, екстрена КС, не виконувалась.

Висновки. 1. Спостерігається тенденція до зростання кількості хворих із ГКДОК, серед яких переважають пацієнти похилого та старечого віку (85,8%).

2. 23,5% досліджуваних із ГКДОК поступають у клініку із ознаками шлунково-кишкової кровотечі важкого ступеню важкості.

3. Визначено доцільність і необхідність виконання екстреної КС у хворих із ГКДОК, що мають важку ступінь крововтрати з метою діагностики та застосування мір ендоскопічного гемостазу, що дозволило зупинити кровотечу та уникнути екстрених оперативних втручань.