

ӘОЖ 616.33-005.1

А.Еркінұлы*Қазақ медициналық үздіксіз білім алу университеті,
Алматы, Қазақстан**АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНАН ЖЕДЕЛ ҚАН КЕТУ
ҚҰБЫЛЫСТАРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ
ЖӘНЕ ЕМІНДЕГІ ЭНДОСКОПИЯ****ТҮЙІН**

Зертеу уақыты аралығындағы іріктеліп алынған АІЖ қан кету құбылысы бар 287 науқастың диагностикасы және емінде эндоскопиялық әдістерін қолдану және дәстүрлі әдістердің нәтижелерінің сараптамасы ұсынылған. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету орын алған науқастарға эзофагогастродуоденофиброскопиястационарға келіп түскен кезінде жасалды. Негізгі топтағы 120 (100 %) науқасқа эндоскопиялық гемостаз жасалды. Оның ішінде 9 (7,5 %) жағдайында қан кету клиникасының қайталануы байқалды: 3 (2,5 %) науқасқа көрсетілген көмекке қарамастан өмірін алып қалу мүмкін болған жоқ, ал 6 (5 %) науқасқа өміріне қауіп төніп эндоскопиялық және консервативті ем дұрыс нәтиже бермегендіктен операциялық ем жүргізілді және қорытынды ЭФГДС жасалған кезде емнің оң нәтижесімен үйіне шығарылды. 92,5 % науқаста эндоскопиялық гемостаз оң нәтиже беріп, операциялық емге жүгінбей қан кету толық тоқтатылды. Бақылау топқа ілінген 167 (100 %) науқастың 106 (63,5 %) консервативті ем жүргізілді, 61 (36,5 %) науқасқа оперативті ем тағайындалды. Қан кетудің қайталануы консервативті және оперативті ем қабылдаған науқастардың 64 (38 %) болды, оларға операциялық және консервативті ем жасалды. Осы топта 31 (18,5 %) жағдай өліммен аяқталды. Эндоскопиялық гемостаз әдістері 92,5 % жағдайында АІЖ қан кетуді тоқтатуға мүмкіндік береді. Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жоғарғы қауіп-қатер тобындағы науқастарға әр 6-8 сағат сайын динамикалық ЭГДФС-ты патологиялық ошақты превентивті эндоскопиялық гемостаз орындаған жөн.

Түйінді сөздер: Асқазан-ішек жолдарынан қан кету, АІЖҚК, ЭФГДС, эзофагогастродуоденофиброскопия, эндоскопиялық гемостаз.

Тақырыптың өзектілігі: Асқазан-ішек жолдарынан қан кету, көне заманнан бері белгілі дерттердің бірі және де әлі күнге дейін әлемдік медицинаның, әлеуметтік және экономикалық көкейкесті мәселесі болып табылады [1]. Ол айтарлықтай сырқаттанушылықпен, өлім-жітім, және денсаулық сақтау ресурстарының шығындалуына әкеп соғады [2]. Кез-келген халықтың жылына 100,000 ересектері арасынан шамамен 100-150 жағдай орын алады деп есептеліп отыр [3, 4]. Зардап шеккен науқастардың шамамен 4-14 % өледі, ал науқастардың 10-30 % жағдайында қансырауы қайталанатын [5-7]. Қазіргі таңдағы медицинаның көптеген жетістіктеріне қарамастан, ойық жара ауруының асқынған ағымының жиілігі жоғары деңгейі сақталуда [10, 11, 13]. Ең жиі асқынулары перфорация және қан кету болыптабылады. Қазіргі замандағы ойық жараға қарсы фармакологиялық жиынтықты қолдану жоспарланған оперативті емі найтарлықтай қысқартты, соған қарамастан аталмыш аурудың жиілігі мен асқынулары сипатына әсерете алмады. Мұндай науқастардың емінің тікелей және жанама экономикалық шы-

ғындары аса жоғары сандарға жете отырып, бұл мәселені медициналық қана емес, сонымен қатар әлеуметтік және экономикалық өзекті мәселелері қатарына қосады [14, 16, 18, 20]. Абсолютты көрсеткіштері бойынша оперативті емді қажет ететін ойық жара ауруының асқынуларының жалпы санының арасында перфорациялардың үлесі 25-тен 40 %-ға дейінгі аралықты құрайды. Қан кету ойық жара ауруларының ағымын 15-25 % жағдайда асқындырады, ал өлімге әкелетін тікелей себебі ретінде ойық жара ауруынан болатын өлім-жітім себептері құрылымында бірінші орынға ие. Жедел гастродуоденальды қан кету кезінде науқасқа емдеу әдісін дұрыс таңдау шұғыл хирургияның аса күрделі мәселелерінің бірі болып табылады [9, 11, 15, 17]. Бұл патологияны емдеуде соңғы 20 жылда айтарлықтай прогреске қол жеткізілді, ол бірінші кезекте емдік эндоскопияның азинвазивті емдеу әдістерінің дамуымен негізделген [8, 9, 14, 19].

Жұмыстың мақсаты

Асқазан-ішек жолдарынан қан кету кезіндегі шұғыл эндоскопиялық гемостаз әдістерінің мүмкіндіктерін зерттеу.

*Еркінұлы А.

Науқастар және зерттеу тәсілдері

Кесте 2

Зерттеу жұмысы Алматы қаласының Медеу және Бостандық аудандары бойынша шұғыл хирургиялық сырқаттармен түскен науқастарға жедел түрде көмек көрсететін Орталық қалалық клиникалық ауруханасында жүргізілді. Осы клиникада 2013 және 2015 жылдар аралығында асқазан – ішек жолдарынан қан кетуімен емделген 732 науқастардың сырқатнамасына сараптама жасалды. АГЖ қан кетуін сипаттайтын Форрест классификациясына негізделі отырып негізгі және бақылау тобына 1a, 1b, 2a, 2b дәрежесіндегі науқастар алынды, қалған 445 науқас зерттеуден тыс шығарылды, себебі бұл науқастарда Форрест классификациясы бойынша, көрсетілетін емінде эндоскопиялық гемостаз немесе оперативтік емді жүргізу қажеттілігі болған жоқ. Сырқатнамаларды зерттеу кезінде негізінен диагностикасы мен емінің нәтижелеріне көңіл аударылды. Сараптама жүргізу ақпаратты болу үшін, екі топта да мәліметтері ұқсас сырқатнамалар іріктеліп алынды. Негізгі топты диагностикалық және емдік мақсаттағы эндоскопиялық әдіспен емделген науқастар құрады 120 ал, бақылау тобына дәстүрлі әдіс бойынша ем алған науқастар кірді 167. Осы екі топты жалпы жыныстық ерекшеліктеріне қарай бөлсек, онда негізгі топта: ерлер саны – 86 (71,7 %) және әйелдер саны – 34 (28,3 %), ал, бақылау тобында: ерлер саны – 126 (75,4 %) және әйелдер саны – 41 (24,6 %) (кесте 1).

Кесте 1

Негізгі және бақылау тобындағы науқастардың жынысына байланысты бөлу

Жасы	Негізгі топ		Бақылау топ	
	Число	Процент	Число	Процент
Ер	86	71,7	126	75,4
Әйел	34	28,3	41	24,6
Барлығы:	120	100	167	100

Негізгі топтағы 120 (100 %) және бақылау тобындағы 167 (100 %) науқасты біз жасы мен жынысына қарай бөлдік.

Біздің зерттеу жұмысымызға іріктелініп алған науқастар негізінен 30-80 жас аралығындағы мөлшерді құрады (кесте 2).

Көрсетіп кеткен кестеге көңіл аударсақ науқастардың басым көпшілігі: еңбекке қабілетті жас аралығындағы тұлғалар 245 (92,3 %) және

Науқастарды жасына байланысты бөлу

Жасы	Негізгі топ		Бақылау топ	
	Число	Процент	Число	Процент
30 жасқа дейін	20	16,6	31	18,6
31-40 жас	41	34,2	55	32,9
41-50 жас	37	30,8	49	29,3
51-60 жас	14	11,7	18	10,8
61-70 жас	5	4,2	8	4,8
71-80 жас	3	2,5	6	3,6
Барлығы:	120	100	167	100

212 (73,9 %) ер адамдар құрайды. Бұл мәселе тек денсаулық сақтау саласының ғана емес, сонымен қатар экономикалық және әлеуметтік өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Асқазан-ішек жолдарынан қан кету құбылыстары орын алған барлық науқастарға аурухананың қабылдау бөліміне келіп түскеннен кейін 1 сағат ішінде асқазан ішек жолдарын алдынала дайындағаннан кейін (өңеш және асқазанды суық физиологиялық ертіндесімен таза суға дейін жуылған сон) шұғыл эндоскопиялық зерттеу орындалды. Эзофагогастроуденофиброскопияны жолақталшықты оптикалық Olympus (Япония) фирмасының эзофагогастроуденоскопы бейнегастроскоптары көмегімен жүзеге асырылды.

Шұғыл эндоскопиялық зерттеудің міндеті қан кету себептерін және сипатын анықтау, қарау кезінде қан кету құбылысының жалғасып жатқанын немесе қан кету құбылысы тоқтағанын анықтау, қан кету көзінің орналасқан жерін және көлемін анықтау, қан кету тоқтаған болса оның қайталану қатерінің мүмкіншілігін болжау және ең маңыздысы емдеу тактикасын анықтау (эндоскопиялық гемостаз, консервативті ем немесе хирургиялық ем) болып табылады. Ауызқуысы мен жұтқыншақты жергілікті терминалды жансыздандыруды 10 % лидокаин ертіндесімен жүзеге асырдық. Фиброскопты дистальды ұшын иілгеннен кейін жұтқыншаққа енгіздік. Науқастың жұтынуы кезінде визуальды бақылай отырып эндоскопты өнешке қарай өткіздік. Эндоскоп түтігінің аборальды бағытта енгізілуі барысында үдемелі түрде ауа енгізумен қатар ұласты. Құралды енгізу, визуализация мүмкіндігі жоқ кезде жалғастырылмады. Зерттеудің негізгі міндеті болып шұғыл абдоминалды патологияны дифференциальді диагностика жүргізу мақсатында, асқазан ішек жол-

дарының жоғарғы бөлігінің шырышты қабатындағы ақауларды анықтау болып табылды. Жалпы шолу рентгеноскопия кезінде құрсақ қуысындағы бос газдарды анықтауды жеңілдету үшін ауа инсуфляциясын жасау – зерттеудің негізгі міндетінің құрылымы болды.

Инъекциалық гемостаз, эндоскопшы мамандардың арсеналында кеңінен қолданылатын әдістерінің бірі. Бұл әдіс өзінің жоғары тиімділігінің, науқас үшін қауыпсыздығының, қолайлылығының, қарапайымдылығының және қаржылық тұрғыдан арзандығына байланысты біріншілік таңдамалы әдіс болып табылады. Инъекциялық гемостаз қан кету ошағының айналасына 40-60 мл. физиологиялық ерітіндісін немесе адреналин ерітіндісін (1:10000) енгізу арқылы орындалады. Сонымен қатар инъекциялық гемостазды қосарланған эндоскопиялық гемостаз әдесі кезінде қолданады. Қан кету қарқынын азайту арқылы қан кетуді толық тоқтататын гемостаз әдісін таңдауға мүмкіндік береді.

Қысқыш салу-ірі тамырлардағы қан кету кезінде және қайталану пайызының жоғары кезінде таңдамалы әдістердің бірі болып табылады. Қысқыш қан кетіп жатқан қан тамырдың тікелей өзіне салынады. Алайда қанкету құбылысы жалғасып жатқан болса алдынала инъекциялық гемостаз жасағаннан кейін қысқышты салу гемостаз түрін қолданған жөн. Қысқыш салу әдісі басқа әдістерге қарағанда өзін жақсы қырынан көрсетті дегенімен қысқыш салу әдісі инъекциялық гемостазға қарағанда қан кету қайталану жиілігі жоғары болады, себебі қысқышты дәл салу қиын болып келеді.

Лигатура салу – бұл қан ағып тұрған ошаққа, оның ішінде өңештің және асқазанның кеңейген варикозды көк тамырына, ойық жараларға, шырышты қабаттардың жыртықтарына қолданатын әдіс. Ол арнайы латекс сақинасын шырышты қабатқа салу арқылы жүзеге асырылады.

Эндоскопиялық гемостазды жүзеге асыру мақсатында Olympus (Япония) фирмасының электрохирургиялық құралы көмегімен арнайы егу құрылғысы

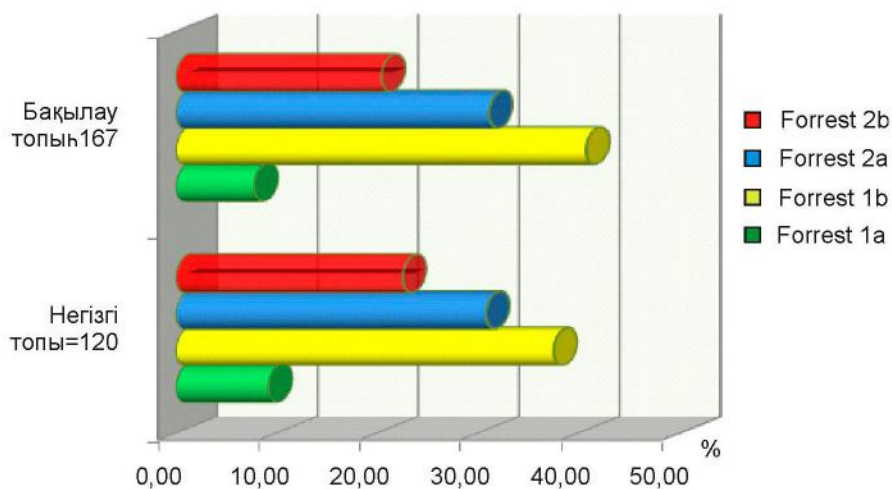
және қысқыш салуға арналған құралды (клипатор) қолдандық.

Зерттеу нәтижелері

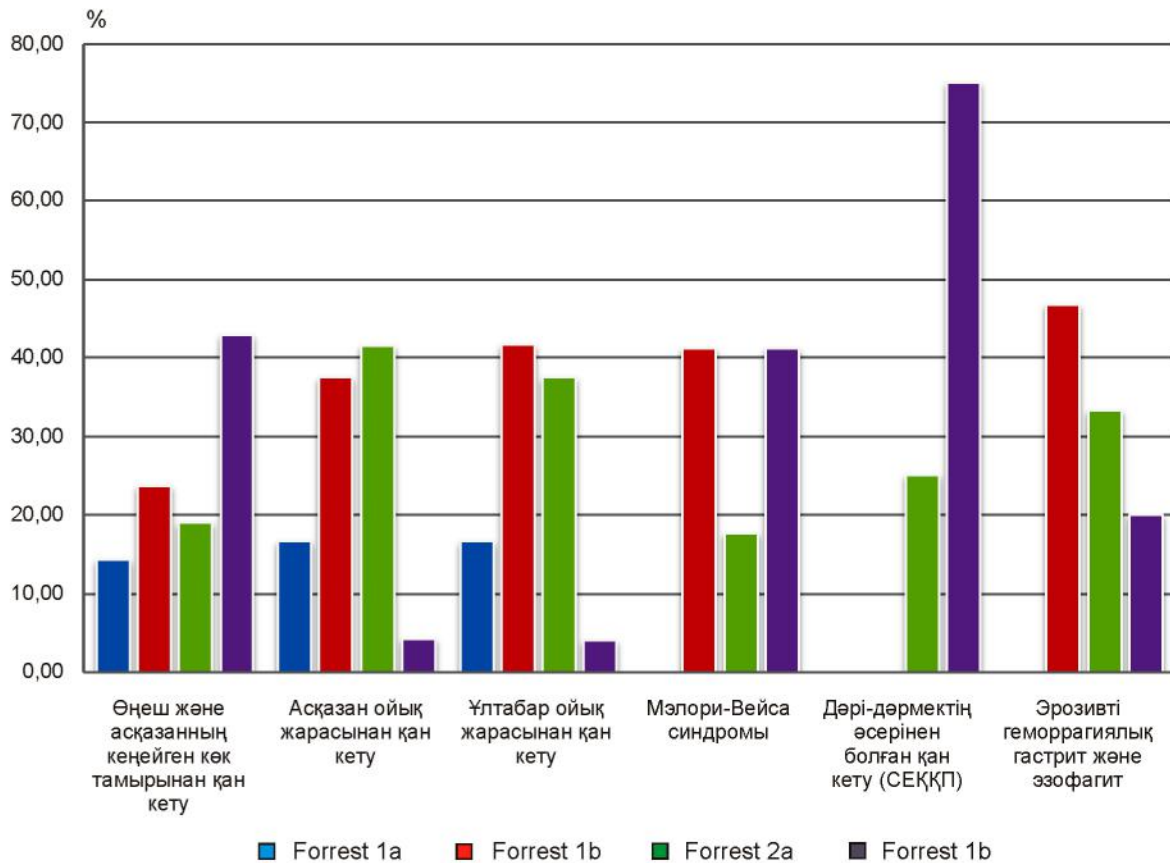
Асқазан-ішек жолдарынан қан кету орын алған науқастарға эзофаго-гастродуоденофиброскопия стационарға келіп түскен кезінде жасалды. Біріншілік зерттеу кезіндегі қан кету ошағын анықтау ақпараттылығы 156 (54,5 %) науқаста, ал қалған 20 131(45,5 %) науқастарда асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөлігінің жуылып тазаланғаннан кейін қайтадан эндоскопиялық қарау кезінде және қан ұйындарын бөлшектеп ұсату арқылы аспирациялағаннан кейін қан кету ошағын анықтау мүмкін болды.

Қанкету ошақтарының сипатын эндоскопиялық баға беру үшін Forrest бойынша жіктеу пайдаланылды. Нәтижесінде зерттеуден өткен науқастарда қан кету сипаты бойынша жиілігі келесідей көрініс берді: Негізгі топты құраған 120 (100,0 %) және бақылау тобындағы 167 (100 %) науқастарда мынадай сараптама нәтижесі шығарылды: Негізгі топта 1a дәрежеде науқастар 11 (9,2 %), 1b дәрежеде науқастар 45 (37,5 %), 2a дәрежедегі науқастар 37 (30,8 %), 2b дәрежеде 27 (22,5 %) ал бақылау тобында 1a дәрежеде науқастар 13 (7,8 %), 1b дәрежеде науқастар 68 (40,7 %), 2a дәрежедегі науқастар 52 (31,1 %), 2b дәрежеде науқастар 34 (20,4 %) құрады (сурет 1).

Зерттеуімізге кірген науқастарды жеке нозология бойынша алақ: Өңеш және асқазанның кеңейген көк тамырынан қан кету 52 науқас, Асқазан ойық жарасынан қан кету 56 науқас, Ұлтабар ойық жарасынан қан кету 63 науқас,



Сурет 1



Сурет 2. Нозологияларды форрест бойынша бөлу

Мэлори-Вейса синдромы 35 науқас, Дәрі-дәрмектің әсерінен болған қан кету (СЕҚҚП) 11 науқас, Эрозивті геморрагиялық гастрит және эзофагит 70 науқас болды (сурет 2).

Негізгі топта барлық 120 (100 %) науқасқа эндоскопиялық гемостаз жасалды. Оның ішінде науқастардың 72,6 % инъекциялық гемостаз әдісі қолданылды.

Эндоскопиялық гемостаздың нәтижесі: 9 (7,5 %) жағдайында қан кету клиникасының қайталануы байқалды: 3 (2,5 %) науқасқа көрсетілген көмекке қарамастан өмірін алып қалу мүмкін болған жоқ, ал 6 (5 %) науқасқа өміріне қауіп төніп эндоскопиялық және консервативті ем дұрыс нәтиже бермегендіктен операциялық ем жүргізілді және қорытынды ЭФГДС жасалған кезде емнің оң нәтижесімен үйіне шығарылды. 92,5 % науқаста эндоскопиялық гемостаз оң

нәтиже беріп, операциялық емге жүгінбей қан кету толық тоқтатылды.

Бақылау топқа ілінген 167 (100 %) науқастың 106 (63,5 %) консервативті ем жүргізілді, 61 (36,5 %) науқасқа оперативті ем тағайындалды. Қан кетудің қайталануы консервативті және оперативті ем қабылдаған науқастардың 64 (38%) болды, оларға операциялық және консервативті ем жасалды. Осы топта 31 (18,5%) жағдай өліммен аяқталды.

Қорытынды:

Эндоскопиялық гемостаз әдістері 92,5% жағдайында асқазан-ішек жолдарынан жедел қан кетуді тоқтатуға мүмкіндік береді.

Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жоғарғы қауіп-қатер тобындағы науқастарға әр 6-8 сағат сайын динамикалық ЭГДФС – тыпатологиялық қошақты превентивті эндоскопиялық гемостаз орындаған жөн.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 *Majno G.* The Healing Hand, man and Wound in the Ancient World. Cambridge: Harvard University Press, 1975.
- 2 *Esrailian E., Ian M., Gralnek I.M.* Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: epidemiology and diagnosis // *Gastroenterol Clin N Am.* – 2005. – № 34. – P. 589-605.
- 3 *Bessa X., O'Callaghan E., Balleste B., Nieto M., Seoane A., Panades A., Vazquez D.J., Andreu M., Bory F.* Applicability of the Rockall score in patients.
- 4 Undergoing endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding // *Dig Liver Dis.* – 2006. – № 38. – P. 12-17.
- 5 *Lu Y., Loffroy R., Lau J.Y., Barkun A.* Multidisciplinary management strategies for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding // *Br J Surg.* – 2014. – № 101(1). – P. 34-50.
- 6 *Jensen D.M., Machicado G.A.* Endoscopic hemostasis of ulcer hemorrhage with injection, thermal, and combination methods // *Tech Gastrointest Endosc.* – 2005. – № 7. – P. 124-131.
- 7 *Meaden C., Makin A.J.* Diagnosis and treatment of patients with gastrointestinal bleeding // *Curr Anaesthesia Crit Care.* – 2004. – № 15. – P. 123-132.
- 8 *Sung J.J., Tsoi K.K., Ma T.K., Yung M.Y., Lau J.Y., Chiu P.W.* Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases // *Am J Gastroenterol.* – 2010. – № 105(1). – P. 84-89.
- 9 *Алекберзаде А.В., Линицкий Е.М.* Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой // *Хирургия.* – 2004. – № 6. – С. 63-66.
- 10 *Асташов В.Л., Калинин А.В.* Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* – 2002. – № 1. – С. 16-23.
- 11 *Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В., Наседкин Г.К.* Сравнительная оценка физических методов эндоскопического гемостаза при остановке язвенных гастродуоденальных кровотечений // *Эндоскопическая хирургия.* – 2003. – № 4. – С. 32-35.
- 12 *Чернооков А.И., Наумов Б.А., Белых Е.Н.* и др. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // *Анналы хирургии.* – 2010. – № 1. – С. 12-16.
- 13 *Юдин С.В.* Оценка эффективности наиболее распространенных методов эндоскопического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Тихоокеанский медицинский журнал.* – 2010. – № 1. – С. 95-97.
- 14 *Al-Sabah S., Barkun A.N., Herba K.* et al. Cost-effectiveness of proton-pump inhibition before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2008. – № 6. – P. 418-425.
- 15 *Marmo R., Rotondano G., Piscopo R.* et al. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials // *Am J Gastroenterol.* – 2007. – № 102. – P. 279-289.
- 16 *Forrest J.A.H., Forrest J.A.H., Finlayson N.D.C., Shearman D.J.C.* Endoscopic treatment of gastrointestinal bleeding // *Lancet.* – 1974. – № 17. – P. 394-397.
- 17 *Ghosh S., Watts D., Kinnear M.* Management of gastrointestinal haemorrhage // *Postgraduate Medical Journal.* – 2002. – № 78. – P. 4-14.
- 18 *Lassen A., Hallas O.B.* Schaffalitzky de Muckadell. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study // *Am J Gastroenterol.* – 2006. – № 101. – P. 945-953.
- 19 *Lau J.Y., Leung W.K., Wu J.C.Y.* et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding // *N Engl J Med.* – 2007. – № 356. – P. 1631-1640.
- 20 *Tsoi K.K., Lau J.Y., Sung J.J.* Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion prior to endoscopy for patients presenting with upper – GI bleeding // *Gastrointest Endosc.* – 2008. – № 67. – P. 1056-1063.
- 21 *Viviane A., Alan B.N.* Estimates of costs of hospital stay for variceal and non variceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // *Value Health.* – 2008. – № 11. – P. 1-3.

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты использования диагностики и лечения 287 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Эзофагогастродуоденофиброскопия выполнена всем пациентам, поступившим в стационар с желудочно-кишечным кровотечением. 120 (100 %) пациентам основной группы выполнен эндоскопический гемостаз. У 9 (7,5 %) пациентов развился рецидив кровотечения. Из них у 3 (2,5 %) пациентов, несмотря на оказанный комплекс лечебных мероприятий, не удалось предотвратить летальный исход. У 6 (5 %) пациентов в связи с неэффективностью эндоскопического и консервативного лечения проведено оперативное лечение. После проведения контрольной эзофагогастродуоденофиброскопии были выписаны с положительными результатами лечения. В 92,5 % случаях эндоскопический гемостаз прошел с удовлетворительным результатом, где удалось достичь окончательного гемостаза. В контрольной группе было 167 (100 %) пациентов, в 106 (63,5 %) случаях проведено консервативное лечение, 61 (36,5 %) пациентам проведено оперативное лечение. В контрольной группе у 64 (38 %) пациентов был эпизод рецидива кровотечения и в 31 (18,5 %) случае был летальный исход. Установлено, что эндоскопический гемостаз в 92,5 % случаев дает удовлетворительный результат при желудочно-кишечных кровотечениях. У пациентов с высоким риском рецидива желудочно-кишечного кровотечения целесообразно выполнять динамическую ЭФГДС через 6-8 ч с привентивным эндоскопическим гемостазом патологического очага.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, ЖКК, эзофагогастродуоденофиброскопия, ЭФГДС, эндоскопический гемостаз.

ABSTRACT

In this paper the use of Results of diagnosis and treatment of 287 patients with gastro intestinal bleeding. Endoscopic examination performed in all patients admitted to the hospital with gastro intestinal bleeding. 120 (100 %) patients of the main group performed endoscopic hemostasis. In 9 (7.5 %) patients developed recurrent bleeding. Of these, 3 (2.5 %) patients in spite of the extended complex of therapeutic measures could not prevent death. In 6 (5 %) patients in connection with non-performance of endoscopic and conservative treatment, surgical treatment, after the control endoscopic examination were discharged with positive treatment outcomes. In 92.5 % of cases, endoscopic hemostasis was satisfactory results where achieved final hemostasis. In the control group was 167 (100 %) patients, 106 (63.5 %) cases conservative treatment performed, on 61 (36.5 %) patients were surgical treatment. In the control group, 64 (38 %) patients had an episode of rebleeding and in 31 (18.5 %) cases were fatal.

Conclusions: Endoscopic hemostasis in 92.5 % of cases gives a satisfactory result in the gastro intestinal bleeding. In patients with a high risk of recurrent gastrointestinal bleeding, it is advisable to perform a dynamic EFGDS 6-8 hours preventive endoscopic hemostasis pathological focus.

Key words: gastrointestinal bleeding, endoscopic examination, endoscopic hemostasis.