

## წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების მკურნალობის შედეგები და მათი გაუმჯობესების გზები

ა.ანთაძე, ნ. ლექვაძე, გ. გვანცელაძე.

ივ.ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

წმინდა მიქაელ მთავარ ანგელოზის სახ. მრავალპროფილური საავადმყოფო.

## BLEEDINGGASTROINTESTINAL DISEASE MANAGEMENT RESULTS AND IMPROVEMENT STRATEGY

ASSOC. PROF. A. ANTADZE, N. LEKVADZE, G. GVANTSELADZE.

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Saint Mikheil Archangel Multiprofile Hospital

### რეზიუმე

კვლევის მიზანია წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტრო-დუოდენური სისხლდენების მკურნალობის ტაქტიკის ანალიზი და შედეგების გაუმჯობესების ეფექტური გზების ძიება.

შესწავლილია 2013-2016 წლებში კლინიკაში გასტრო-დუოდენური სისხლდენით შემოსული 394 პაციენტის მკურნალობის შედეგები. 12 შემთხვევაში ჰემორაგია აღენიშნებოდა საყლაპავიდან, 223-ში კუჭიდან, 159 -ში 12გოჯა ნაწლავიდან.

პაციენტთა სიმძიმის შეფასება ხდებოდა Forrest-ის კლასიფიკაციის და დაკარგული სისხლის მოცულობის მონაცემების გათვალისწინებით.

მკურნალობის ძირითადი მეთოდი იყო ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი - 0,01% ადრენალინის სუბმუკოზური ინფილტრაცია ან ვაგოტილის ხსნარის მისხურება სისხლმდენ უბანზე ანტიულცეროზულ მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად (პროტონური ტუმბოს ინჰიბიტორების, H2 ბლოკერების და ანტიჰელიკობაქტერიული ანტიბიოტიკოთერაპიის კომბლექსი). 379 პაციენტიდან ოპერაციული მკურნალობა ჩატარდა მხოლოდ 30 (7,9%) პაციენტს გახანგრძლივებული, რეციდიული სისხლდენის ან ჰემორაგიის რეციდივის მაღალი რისკის გამო. ჩვენი მონაცემებით აშკარაა ენდოსკოპიური და კომპლექსური კონსერვატიული თერაპიის ეფექტურობა, რაც ძალიან ამცირებს ოპერაციული მკურნალობის აუცილებლობას და, შესაბამისად, ლეტალობის რისკებს. ეს ნათლად ჩანს ჩვენი წინა კვლევის შედეგებთან შედარებით (2001-2010წწ.), სადაც ოპერაციული აქტივობა აღწევდა 28%-ს. ზოგადად სისხლდენების რაოდენობის მატების ფონზე გამოიკვეთა მკვეთრად შემცირებული ოპერაციული აქტივობის და ლეტალობის მაჩვენებლის დაქვეითების ტენდენცია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებების მკურნალობაში აღიარებული მნიშვნელოვანი მიღწევების მიუხედავად მათი სისხლდენით გართულება მუცლის ღრუს ქირურგიის ურთულესი პრობლემაა, რომელიც ჯერ კიდევ შორსაა გადაწყვეტისაგან. აღნიშნულს, სხვა ძირითად მიზეზებთან ერთად ხელს უწყობს არარეგულარული კონსერვატიული მკურნალობა, თვითმკურნალობა, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების უკონტროლო მიღება, ზოგადი სოციალური დაძაბულობა და სხვ.

კვლევის მიზანია არსებული სირთულეების განხილვა და ეფექტური გზების მოძებნა შედეგების გაუმჯობესებისთვის.

რუსეთში სხვადასხვა მონაცემებით წყლულოვანი

### Summary

**Abstract:** The goal of this study was to review bleeding ulcerative gastrointestinal disease management strategy and results in our hospital for further optimization.

**Methods:** Records of 394 patient seen in our clinic with gastrointestinal bleeding from 2013 till 2016 were reviewed. 12 patients had esophageal sources of bleeding, 223 gastric and 159 duodenal.

Case severity was evaluated by Forrest classification and estimated blood loss.

Treatment strategy included upper endoscopy and hemostasis by submucosal injection of 0.01% Epinephrine solution or application of Vagolite solution to the bleeding area together with the standard medical therapy (proton pump inhibitors, H2 blockers and anti-H.pilori triple antibiotic therapy).

**Results:** Out of 379 patients surgical treatment was required in 30 (7.9%) patients due to failure of conservative medical treatment or high risk of rebleeding. Vagotomy was never required. When compared to our historic controls from 2001-2010 where rates of surgical intervention reached 23%, our data indicate effectiveness of conservative medical therapy in reducing rates of operative management and the risks associated with it.

**Conclusions:** In the background of increasing numbers of seen gastrointestinal bleeding cases there is a tendency toward dramatic reduction in operative intervention rates and associated mortality.

ეტიოლოგიის სისხლდენებით პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც უკეთდებათ ოპერაცია მერყეობს 3-15% შორის. (1, 2, 3) კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, გართულებული სისხლდენით შეადგენს გასტროინტესტინური სისხლდენების 42-47%. (1, 3)

ჰემოსტაზის მიზნით ოპერაციული მეთოდების გამოყენების რეალური შემცირება უკავშირდება კომბინირებული მკურნალობის ეფექტურობას (თანამედროვე ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის და ანტისეკრეტორული მკურნალობის ერთობლიობა). აღნიშნული მეთოდით სისხლდენის საიმედოდ შეჩერება მიიღწევა 90-95% შემთხვევაში, თუ ფორრესტის კლასიფიკაციით ჰემორაგია არ განეკუთვნება IA, IB, IIA ხარისხს. (4, 5)

ავტორთა უმრავლესობა, ვინც დაკავებულია ამ ურ-

თუღესი პრობლემის შესწავლით (6, 7, 8) მიუთითებენ, რომ მნიშვნელოვანი უპირატესობა ენდოსკოპიურ ჰემოსტაზში დამსახურებულად მიეკუთვნება ინექციური და დიათერმოკოაგულაციური მეთოდების კომბინაციის რასაც ეფექტის გასამყარებლად ემატება პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ერთჯერადი ბოლუსური, შემდეგ კი მუდმივი ინტრავენური ინფუზია. (7, 9) ურთულეს საკითხად რჩება რეციდივული სისხლდენების მართვა, რადგან სწორედ ის აუარესებს მკურნალობის შედეგებს. აღნიშნულის გამო შემუშავებულია კონცეფციები, რომლებიც მიმართულია რეციდივის პროგნოზირების და პრევენციისაკენ. პროგნოზის პრედიქტორებია ასაკი, თანმხლები დაავადებები, სისხლის დანაკარგის მოცულობა, ჰემოგლობინის დონე, ფორრესტის კლასიფიკაცია, ჰემორაგიული შოკის არსებობა, შოკის ინდექსი. (13, 14)

მწვავედ დგას ტაქტიკის საკითხი სისხლდენის რეციდივის რისკებთან დაკავშირებით ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის შემდეგ, რადგან განმეორებითი სისხლდენა ლეტალობის ზრდის ძირითადი ფაქტორია. აღნიშნული ეხება პაციენტების 10-30%. (5) იმავე ავტორის მონაცემებით განმეორებითი სისხლდენის 97% ვითარდება პირველი ენდოსკოპიიდან 96 სთ-ის განმავლობაში. სწორედ აქ არის საჭირო ჰემორაგიის შეჩერების ზუსტი კრიტერიუმები, მოსალოდნელი რეციდივის რისკ-ფაქტორების დადგენა და საჭიროების შემთხვევაში, ქირურგიული მკურნალობის მეთოდის და მოცულობის არჩევა.

განმეორებითი სისხლდენა ტრადიციულად ითვალისწინებს ოპერაციულ მკურნალობას, მაგრამ არის პუბლიკაციები, სადაც მითითებულია, რომ რეციდიული ჰემორაგიის განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის მცდელობა ეფექტურია თითქმის 50% შემთხვევაში. (15) ამასთან იგივე და სხვა ავტორები მიუთითებენ, რომ უეფექტო განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის მცდელობის შემდეგ ოპერაცია ხასიათდება ლეტალობის მაღალი ციფრებით, რომელიც აღწევს 70%. (1)

ოპერაცია ნაჩვენებია თუ ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი არაეფექტურია, სარისკოა (მოსალოდნელია კედლის პერფორაცია წყლულის სიღრმის გამო) ან ტექნიკურად შეუძლებელია. ის მეტწილად მიმართულია მყარი ჰემოსტაზის და არა წყლულოვანი დაავადების განკურნებისკენ. ასეთი კონტინგენტი შეადგენს 13%. (10)

ათწლეულებია გრძელდება დისკუსია ოპერაციის მოცულობასთან დაკავშირებით. ტრადიციული კუჭის რეზექცია ვაგოტომიით ან მის გარეშე დღემდე ითვლება ყველაზე ეფექტურად ჰემოსტაზის ან სისხლდენის რეციდივის პროფილაქტიკის თვალსაზრისით. (16) ერთნი თვლიან, რომ არასტაბილურ პაციენტებთან უნდა გაკეთდეს მცირე მოცულობის ოპერაცია, (17,18) სხვანი კი მიიჩნევენ, რომ ასეთი ჩარევები (წყლულის ამოკერვა) ზრდის სისხლდენის რეციდივის ალბათობას და, შესაბამისად ლეტალობის მაჩვენებლებს. (19)

ჩვენ ვიზიარებთ მეორე მიდგომას, რის საფუძველსაც გვაძლევს ჩვენი გამოცდილება.

სიკვდილობა წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების შედეგად დღემდე რჩება 5-10%-ის ფარგლებში. (11, 12) გარდაცვლილთა 80%-ის უმეტესი ნაწილი კვდება არა უშუალოდ სისხლდენის შედეგად, არამედ მძიმე თანმხლები დაავადებებისა და პოლიორგანული უკმარისობით. (11)

ჩვენი მიზანია, ხელი შევუწყოთ ქირურგების ძალისხმევას მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებისაკენ.

2013-2016 წლებში კლინიკაში იმყოფებოდა 394 პაციენტი ეზოფაგოგასტროდუოდენური სისხლდენით. მამაკაცი – 283 (72%), ქალი – 101 (28%). ჰემორაგია კუჭიდან აღენიშნებოდა – 201, თორმეტგოჯა ნაწლავიდან – 139. კუჭიდან და თორმეტგოჯა ნაწლავიდან – 42, საყლაპავის ვარიკოზული ვენებიდან – 12. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ჰქონდა – 118, მათ შორის ბოლქვის – 111, დაბალი პოსტულბარული – 7, ეროზიულ-ჰემორაგიული დუოდენიტი – 21. კუჭის წყლული – 39, ანასტომოზის პეპტიკური წყლული – 11, მწვავე წყლული – 63, ეროზიულ-ჰემორაგიული გასტრიტი – 88. ეროზიულ-ჰემორაგიული გასტრო-დუოდენიტი – 42.

სამოც წელზე მეტი ასაკის თითქმის ყველა პაციენტს ჰქონდა სხვადასხვა სირთულის თანმხლები დაავადებები (მძიმე სისხლძარღვოვანი და ნევროლოგიური პათოლოგია, კომბინირებული ტრავმა, ონკოლოგიური დაავადებები), რომლებიც ახდენდნენ მნიშვნელოვან ზეგავლენას გამოსავალზე.

პაციენტების სიმძიმე და რეციდივის რისკ-ფაქტორები განისაზღვრებოდა ფორრესტის კლასიფიკაციის მეშვეობით და სისხლის დანაკარგის მოცულობით. (ცხრ. 1)

როგორც ზემოთ მივუთითეთ ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი გამოირჩევა აღიარებული უპირატესობით. ამის დამადასტურებელია ოპერაციების რაოდენობის დინამიკა: 2013 – 16, 2014 – 10, 2015 – 4.

ამ პერიოდში ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი ჩაუტარდა 221 პაციენტს. რეციდიული სისხლდენის გამო ოპერირებულია – 19. 11 შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთდა რეციდიული სისხლდენის მაღალი რისკის გათვალისწინებით.

ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის ძირითად ვარიანტად ვიყენებთ ინექციურ მეთოდს სუბმუკოზურად 0,01%-ადრენალინის შეყვანით ან ვაგოტილის მისხურებას. ადრენალინის ხსნარი ვაგოკონსტრიქციასთან ერთად ახორციელებს კომპრესიას სისხლმდენ სისხლძარღვზე, რის შედეგადაც მიიღწევა მინიმუმ დროებითი ან მყარი ჰემოსტაზი. (15) ზემოთ აღნიშნული იძლევა საშუალებას არჩეული იქნეს მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკა. უარეს შემთხვევაში მცირდება სისხლდენის ინტენსივობა. თუ უკანასკნელის მიღწევაც ვერ ხერხდება გადაუდებელი ოპერაციის წარმოების გადაწყვეტილება და მისი მოცულობა განისაზღვრება უკვე პაციენტის ზოგადი მდგომარეობით.

ვაგოტილის მისხურება ხორციელდება ენდოსკოპიური ზონდით რამდენიმე წამის განმავლობაში სისხლმდენი წყლულის ზონაში.

ქირურგიული მკურნალობა გამოყენებული იქნა 30 შემთხვევაში. მის ჩვენებას განაპირობებდა გაგრძელებული ჰემორაგია, ჩატარებული ინექციური ან კომბინირებული ენდოსკოპიური და კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობა ან ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის შემდეგ მოსალოდნელი რეციდივის დიდი ალბათობა.

ჩვენ დღესაც ვრჩებით იმ მიდგომის ერთგული, რომელიც ითვალისწინებს აქტიურ ქირურგიულ ჩარევას სისხლდენის რეციდივამდე!

გადაუდებელი ოპერაცია გაუკეთდა 4 პაციენტს გაგრძელებული პროფუზული სისხლდენით და 7 ჰემორა-

ცხრილი 1

ჰემორაგიის მოცულობა	პაციენტების რაოდენობა	%
500-1000მლ	351	89
1000მლ მეტი	43	11
ენდოსკოპიური მონაც.		
სისხლდენის ინტენსივობა		
ფორრესტ IA	4	
ფორრესტ IB	7	
ფორრესტ 2A	14	
ფორრესტ 2B	4	
წყლულის ლოკალიზაცია		
კუჭი		
კარდიული ნაწილი	3	
მცირე სიმრუდე	7	
თორმეტგოჯა ნაწლავი		
წინა კედელი	4	
უკანა კედელი	13	
დაბალი წყლული	3	

გის მძიმე რეციდივით.

სასწრაფოდ ოპერირებულია 19 პაციენტი, რომლებთანაც მიღწეული ჰემოსტაზი არ იყო მყარი და არსებობდა სისხლდენის რეციდივის რეალური მოლოდინი. მათ, დანაკარგის საიმედოდ შევსების პირობებში ოპერაცია უკეთდებოდა შემოსვლიდან 12-24 საათში.

ოპერაციის წარმოების გადაწყვეტილება, მისი მეთოდი და მოცულობა განისაზღვრებოდა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის, ოპერაციის და ანესთეზიის რისკების, სისხლმდენი წყლულის ხასიათის ანალიზის საფუძველზე.

ამ ფაქტორების გათვალისწინებით ნაწარმოებია შემდეგი ოპერაციები: წყლულის ამოკერვა, წყლულის ამოკერვა პილოროპლასტიკით, კუჭის სეგმენტური და ტიპური რეზექცია.

მხოლოდ წყლულის ამოკერვა უკეთდებოდა პაციენტებს, რომლებიც იმყოფებოდნენ უმძიმეს მდგომარეობაში და ძალიან მაღალი იყო ოპერაციული და

ანესთეზიოლოგიური რისკი. მათ უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში ენიშნებოდათ ანტიულცერული მკურნალობა პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორებით, ბოლო თაობის H2 ბლოკატორებით და ანტიჰელიკობაქტერიული პრეპარატებით.

მთლიანად 379 პაციენტიდან წყლულოვანი ეთიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლდენით ოპერირებულია 30 პაციენტი. პოსტოპერაციულმა ლეტალობამ შეადგინა. (13,3%)

სულ გარდაიცვალა 9 (2,37%) პაციენტი. ლეტალობა გამოიწვია ერთ შემთხვევაში მძიმე ტრავმამ, სამში თანმხლებმა გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიამ, ხუთში კი პოლიორგანულმა უკმარისობამ.

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ თუ რეციდივის ალბათობა ფორრესტის IA, IB, IIA, IIB ხარისხის სისხლდენისას რეალურია, სხვა შემთხვევებში რეციდივი მოსალოდნელია ძირითადი დაავადების ფონზე მძიმე თანმხლები პათოლოგიის და სისხლის დიდი დანაკარგის (1000მლ მეტი) პირობებში და ასევე, თუ კუჭის მცირე სიმრუდზე არის ღრმა კალოზური ან იგივე ხასიათის წყლული 12გოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე ან დაბალი პოსტბულბარული წყლული.

საკმაოდ ეფექტურია ენდოსკოპიური ინექციური ჰემოსტაზი 0,01% ადრენალინით ან ვაგოტილის აპლიკაციით, რომელიც ხშირად იძლევა ორ დღიან ან გრძელვადიან ჰემოსტაზს. უკეთესი შედეგებით ხასიათდება ინექციური მეთოდი კომბინაციაში დიათერმო-კოაგულაციასთან, თუმცა ჩვენ უკანასკნელის გამოყენების საკმაოდ მცირე გამოცდილება გვაქვს.

წყლულის ამოკერვა ჰემოსტაზის მიზნით დასაშვებია მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში თუ პაციენტის მდგომარეობა არ იძლევა სხვა ოპერაციის წარმოების საშუალებას.

საკმაოდ სანდოა პროფ. მ. გონჯილაშვილის მიერ შემოთავაზებული სუბმუკოზური ულცერორაფია ენდოსკოპიური კონტროლის ქვეშ, თუმცა მისი წარმოების არეალი შეზღუდულია თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა და წინა-გვერდითი კედლებით. წყლულის მხოლოდ ამოკერვასთან უპირატესობა გააჩნია წყლულის ამოკერვას

პილოროპლასტიკასთან ერთად. თუ ადრე ასეთი ჩარევა ხშირად მთავრდებოდა ვაგოტომიის რომელიმე სახით, ეხლა ამის აუცილებლობა არ არის, რადგან ოპერაციას ემატება კომბინირებული კონსერვატიული თერაპია, რითაც მიიღწევა შესაბამისი შედეგი ვაგოტომიის გარეშე. თუ პაციენტის მდგომარეობა იძლევა საშუალებას, ჩვენი აზრით, არჩევის ოპერაციად რჩება კუჭის რეზექცია.

ცხრილი 2

ოპერაციის ხასიათი	რაოდენობა	ლეტალობა
ულცერორაფია	5	-
სუბმუკოზური ულცერორაფია ენდოსკოპიური კონტროლით	2	-
ულცერორაფია პილოროპლასტიკით	16	3
კუჭის სეგმენტური რეზექცია	3	1
კუჭისრეზექცია	4	-
ჯამი	30	4

ამასთან ერთად უნდა აღვნიშნოთ, რომ მიღებული შედეგები აღმოჩნდა ჩვენთვის საკმაოდ მოულოდნელი წინა ანალიზთან შედარებით (2003-2011), რომელშიც ოპერირებულთა წილი აღწევდა 28%. ოპერაციების ასეთი მკვეთრი შემცირება აშკარად კავშირშია წყლულოვანი დაავადების კონსერვატიული მეთოდებით

მკურნალობის მაღალ ეფექტურობასთან. შესაბამისად მოიკლო ღრმა, კალოზური წყლულების რაოდენობამ რაც იძლევა იმედს, რომ მძიმე სისხლდენების რიცხვი მომავალში კიდევ უფრო შემცირდება.

#### ლიტერატურა:

#### References:

1. ВК Гостищев, МА Евсеев. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). МГЭОТАР-Медиа 2008 384
2. НВ Лебедев, АЕ Климов. Язв гастродуоден. кровотеч. М Бином 2010. 176.
3. ВА Ступин, СВСилуянов с соавт. Особенности консервативной терапии пациентов с кровоточащими язвами желудка и 12перстной кишки. Фарматека. 2011. 2. 215. 58-63.
4. JAH Forrest et al. Predictive clinical Factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. Endoscopy.1987 19.11-13.
5. A Guglielmi et al. Risk assessment and prediction of rebleeding and bleeding gastroduodenalulcer. Endoscopy.2002, 34. 10. 778-786.
6. LAabakken. Nonvariceal upper gastrointest bleeding. Endosc. 2001. 33. 1. 16-23.
7. ANBarkun, M Bardou, EJ Kuipers et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2010. 152. 2. 101-113.
8. CRollhauser, DE Fleischer. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding Endoscopy 2004. 36. 1. 52-58.
9. ЗВЛуцевич, ИНБелов. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. 2008. 1. 4-7.
10. JMGrainek, AN Barkun, M Bardou. Management of acute bleeding from a pepticulcer.NEng J Med. 2008. 359. 9. 928-937.
11. ALanas, GI Upper. Bleeding-associated mortality: challenges to omproving a resistant outcome. Am J Gastroenterol 2010. 105. 1. 90-92.
12. JJ Sung, KK Tsoi, TK Ma et al. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10 428 cases. AmJGastr. 2010.105.90-92
13. O Blatchford, WR Marrey, MA Blatchford. A risc score to predical need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. Lancet 2000.356.9238.1319-21
14. TARockal, RFA Logan, HB Devlin et al. Risk assessment after upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996. 38.316-321.
15. JY Lau, JJ Sung, YH Lam et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N Engl J Med 1999. 340(10) 751-756.
16. JL Herrington, J Davidson. Bleeding gastroduodenal ulcers: choise of operations.World J Surg. 1987. 11. 3. 304-314.
17. PN Rogers, WR Murray, R SHAW, S Brar. Surgical management of bleeding gastric ulceration. Br J Surg 1988. 75(1) 16-17.
18. M Schein, G Gecelter. APACHE II score in massive upper gastrointestinal hemorrhage from peptic ulcer: prognostic value and potential clinical applications. Br J Surg 1989. 76(7) 733-736.
19. RC Doberneck Limited operation for bleeding or perforated ulcer in high risk patients. Am J Surg. 1993. 59(7) 472-474.