Дутка І. І.
асистент

Гринчук Ф. В.
доктор медичних наук, професор

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПРЕДИКТОРІВ РЕЦИДИВНИХ КРОВОТЕЧ З ВИРАЗОК ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Вступ. Не дивлячись на значні успіхи консервативного лікування виразкової хвороби, частота виникнення гострих кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається сталою впродовж тривалого часу і навіть має деяку тенденцію до зростання [1, с. 3, 3, с. 29, 15, с. 316]. Підходи до лікування таких кровотеч впродовж останніх десятиріч зазнали значної трансформації. На сучасному етапі провідне місце у їх діагностиці і лікуванні посідають ендоскопічні технології [3, с. 30, 6, с. 96, 7, с. 77, 10, с. 106]. Широке впровадження останніх давало надію на остаточне вирішення проблемних аспектів цієї патології. Проте, незважаючи на значне покращення результатів лікування, радикального вирішення питання досягнути не вдалось.

Частота рецидивних кровотеч після проведеного ендоскопічного гемостазу залишається досить значною [5, с. 110, 13, с. 454, 14, с. 197]. При цьому однією з невирішених проблем залишається ефективне прогнозування можливості рецидиву. Це потребує подальших досліджень цієї проблеми, спрямованих на вдосконалення існуючих підходів.

Матеріал та методи досліджень. 308 хворих на виразкову хворобу. З них чоловіків 212 (68,83%), жінок 96 (31,17%). Хворі надходили в стаціонар в ургентному порядку з клінікою гострої кровотечі з верхніх відділів травного каналу. Всім пацієнтам виконано ендоскопічне дослідження. Виразку ДПК діагностовано у 189 (61,36%) хворих, кардії – у 3 (0,97%), верхньої третини тіла шлунка – у 17 (5,52%), середньої третини – у 26 (8,44%), нижньої третини – у 10 (3,25%), кута шлунка – у 2 (0,65%), антральної частини – у 25 (8,12%), препілоричної частини – у 23 (7,47%), пілоричного каналу – у 9 (2,92%) хворих. Рецидив кровотечі спостерігався у 14 (4,55%) хворих.

Результати дослідження і обговорення. Можливість раннього, на етапі первинного ендоскопічного обстеження, прогнозування можливості рецидиву кровотечі є надзвичайно важливим моментом, оскільки це дало би змогу завчасно застосувати певні профілактичні заходи. Водночас, жодна з поширених прогностичних шкал не дає такої можливості. Жодна з них не набула загального визнання.

Найбільш поширеним і визнаним способом оцінки надійності гемостазу є шкала Forrest [8, с. 395-396]. Проте остання є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі. Більш доцільним вважається використання шкал Glasgow Blatchford і Rockall [4, с. 1321, 15, с. 320], проте й вони не мають бажаного ступеня вірогідності [12, с. 514, 16, с. 145, 17, с. 31].

Шкала Glasgow Blatchford [4, с. 1321], яка базується лише на клінічних і лабораторних проявах, не враховує ендоскопічні стигмати кровотечі. Натомість шкала Rockall [15, с. 320] заснована на комплексі клінічних і ендоскопічних критеріїв. Це дає змогу оцінювати можливість рецидиву вже під час первинного ендоскопічного огляду, що робить її застосування більш прийнятним. Одначе дана шкала не враховує усі можливі чинники, які сприяють рецидивам.

У нашому дослідженні вік 9 (64,29%) хворих з рецидивами був меншим за 60 років, що за шкалою Rockall є низьким фактором ризику, відповідно, у більшості цих пацієнтів були відсутні складні супутні захворювання. Активність кровотечі за Forrest [8, с. 395-396] у випадках рецидивів була наступною: I B – 1 (7,14%), 2A – 3 (21,43%), II B – 6 (42,86%), II C – 4 (28,57%). Це не зовсім відповідає шкалі Rockall, згідно якої частіше рецидиви виникають при класах I та II A за Forrest. Слід також відзначити, що у 12 (85,71%) хворих виразка локалізувалась у ДПК, у одному (7,14%) випадку у препілоричному відділі шлунка, і ще в одному було дві виразки – в ДПК і в куті шлунка.

Цікаво, що у 9 (64,29%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, з них у 3 (21,43%) позитивна резус належність, у решти (42,86%) – негативна. У 4 (28,57%) хворих визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (7,14%) випадку було III і IV група крові. Все це свідчить, що основні шкали прогнозування ризику кровотеч потребують вдосконалення.

Відмітимо також, що поширені способи оцінки ризику рецидивів засновані, переважно, на клінічних спостереженнях, не враховують активність механізмів гемостазу, процесів регенерації тощо. Це не дозволяє оцінити їхні потенційні можливості, визначити можливу неспроможність.

Звичайно, імовірність повторення кровотечі суттєво залежить від способу її зупинки. Технології ендоскопічного гемостазу останнім часом суттєво вдосконалились. З цією метою використовують кліпірування, діатермокоагуляцію, фотокоагуляцію, кріокоагуляцію, пломбування виразок, зрошення, присипки тощо [3, с. 31, 9, с. 528, 12, с. 512]. Водночас, основним методом зупинки кровотечі залишається обколювання виразки, а решту способів застосовують як доповнення [1, с. 224, 6, с. 100].

Застосування тих чи інших способів на додачу до обколювання пов'язано з низкою проблем. Зокрема, набряк та інфільтрація тканин у зоні виразки часто унеможливлює накладання кліпси, чи призводить до її міграції. Застосування коагуляції виразкового дефекту загрожує перфорацією стінки органа. Попри це, внаслідок фізіологічних особливостей слизових оболонок шлунка і ДПК, зумовлених їх високою фібринолітичною активністю [2, с. 87], може розвиватись лізис і відторгнення коагульованих тканин, що призводить до рецидивних кровотеч, збільшення виразкового дефекту. Через це низьку ефективність мають методи пломбування виразок, присипок та зрошування.

Обколювання виразки залишається найбільш поширеною, базовою, лікувальною маніпуляцією. Основним її ефектом є стискування судин по периферії кратера, яке призводить до зупинки кровотечі. Проте досить значна частота рецидивів спонукає до пошуку інших, більш ефективних засобів. З урахуванням суттєвої ролі високої фібринолітичної активності тканин шлунка і дванадцятипалої кишки для цього запропоновані різні антифібринолітичні чинники. Водночас, порушенням процесів тромбоутворення не обмежується коло можливих причин рецидивних кровотеч. Не звертається належна увага на інші механізми регенерації, часто не враховують локальні особливості виразок тощо [2, с. 88]. Відповідно, така ситуація потребує подальших досліджень у цьому напрямі.

Нами для обколювання використовується фізрозчин натрію хлориду з адреналіном у співвідношення 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Обколювання проводимо по периферії виразки. Частота рецидивів при цьому становить, залежно від локалізації та інших чинників, 2 – 5%.

Отож, проведене дослідження свідчить, що низка питань, які стосуються лікування гострих кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки залишаються відкритим. Це, в першу чергу, ефективне прогнозування ризику рецидиву кровотечі, з чим тісно пов'язана проблема ефективного ендоскопічного гемостазу та профілактики рецидивів. Така ситуація зумовлена різними причинами, серед яких недостатньо глибоке дослідження патогенезу кровотеч, відсутність чітких уявлень про можливі механізми рецидиву, що, в свою чергу, призводить до відсутності надійних методів їх прогнозування та профілактики.

Висновки.

1. Частота рецидивних кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки у нашому дослідженні становила 4,55%.

2. Інформативність основних прогностичних шкал Glasgow Blatchford і Rockall залишається недостатньою.

3. За нашими даними рецидиви частіше виникають у хворих, молодших за 60 років (64,29%), при локалізації виразки у дванадцятипалій кишці (85,71%), при II класі за Forrest: II B (42,86%), II C (28,57%), II A (21,43%), у хворих з I (64,29%) та II (28,57%) групами крові.

4. Покращення результатів лікування кровоточивих виразок можливе лише з урахуванням комплексу факторів, які визначають ефективність процесів регенерації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч: монографія / Л.Я. Ковальчук, Є.М. Шепетько, В.О. Шапринський [та ін.]; за ред. Є.М. Шепетька.– Київ: Фенікс, 2014. – 421 с.

2. Роль запалення у розвитку гострих кровотеч з виразок гастродуоденальної зони / О.М. Сулаева, Е.Ф. Барінов, П.Г. Кондратенко [та ін.] // Морфологія.– 2014.– Т. 8, № 1.– С. 85-89.

3. Шепетько Є.М. Сучасна хірургічна тактика і безпосередні результати лікування гострих виразкових дуоденальних кровотеч / Є. М. Шепетько, В. В. Єфремов // Хірургія України.– 2013.– № 4.– С. 29-36.

4. Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray. M. Blatchford // The Lancet.– Vol. 356, № 9238.– P. 1318-1321.

5. Clinical outcomes of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Kosova / S. Telaku, B. Kraja, G. Qirjako [et al.] // Turk. J. Gastroenterol.– 2014.– Vol. 25, № 1.– P. 110-115.

6. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: state of the art / N. Muguruma, S. Kitamura, T. Kimura [et al.] // Clin. Endosc.– 2015.– Vol. 42, № 2.– P. 96-101.

7. Evaluation of the effectiveness of methods of endoscopic treatment of bleeding from the duodenal mucosa / A. Fratczak, K. Kujawski, A. Gluba-Brzozka, J. Rysz // Pol. Merkur. Lekarski.– 2015.– Vol. 38, № 224.– P. 77-81.

8. Forrest J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet.– 1974.– Vol. 2, № 7877.– P. 394-397.

9. Hemospray: A novel therapeutic option in the management of acute upper gastrointestinal bleeding / M. Szalai, T. Kullmann, H. Durscan [et al.] // Orv. Hetil.– 2015.– Vol. 156, № 13.– P. 528-531.

10. Kim J.S. Endoscopic management of peptic ulcer bleeding / J.S. Kim, S.M. Park, B.W. Kim // Clin. Endosc.– 2015.– Vol. 42, № 2.– P. 106-111.

11. Long-Term Randomized Controlled Trial of a Novel Nanopowder Hemostatic Agent (TC-325) for Control of Severe Arterial Upper Gastrointestinal Bleeding in a Porcine / S.A. Giday, Y. Kim, D.M. Krishnamurty [et al.] // Model. Endoscopy.– 2011.– Vol. 43, № 4.– P. 296-299.

12. Outpatient management of low-risk patients with upper gastrointestinal bleeding: can we safely extend the Glasgow Blatchford Score in clinical practice? / Z. Mustafa, A. Cameron, E. Clark. A.J. Stanley // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.– 2015.– Vol. 27, № 5.– P. 512-515.

13. Predictors of early rebleeding after endoscopic therapy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to high-risk lesions / D. Maggio, A.N. Barkun, M. Martel [et al.] // Can. J. Gastroenterol.– 2013.– Vol. 27, № 8.– 454-458.

14. Prediction scores or gastroenterologists Gut Feeling for triaging patients that present with acute upper gastrointestinal bleeding / N. de Groot, M. van Oijen, K. Kessels [et al.] // United European Gastroenterol. J.– 2014.– Vol. 2, № 3.– P.197-205.

15. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A.Rockall, R.F.A. Logan, H.B. Devlin [et al.] // Gut.– 1996.– № 38.– P. 316-321.

16. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of risk in a mixed patient group including variceal and nonvariceal haemorrhage / C. Lahiff, W. Shields, I. Cretu [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.– 2012.– Vol. 24, № 2.– P.149-154.

17. Validation of the Rockall score in elderly patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding in a third level general hospital / C. Garsia Encinas, E. Bravo Paredes, P. Guzman Rojas [et al.] // Rev. Gastroenterol. Peru.– 2015.– Vol. 35, № 1.– P. 25-31.

Ергард Н. М.
асистент
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Чернівці, Україна

ВИЗНАЧЕННЯ ПЛОЩІ ПЛЯМ ХОЛЕСТЕРИНУ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ПЛОЩІ ПЛЯМ ДЕЛІПІДИЗОВАНИХ ДІЛЯНОК КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ ЯК СТРЕС-РЕАКЦІЇ НА ПОВІШЕННЯ

В Україні загальний рівень суїцидів за 2015 рік склав 20,1–23,5 випадків на 100 тис. населення, причому показник у містах в 1,8 разів був вищим, ніж у селах [1, с. 336]. Серед всіх суїцидів перше місце займає механічна асфіксія внаслідок повішення, особливо у неповнолітніх осіб як жіночої, так і чоловічої статті.

В судово-медичній практиці встановлення зажиттевості механічної асфіксії як стресової реакції на повішення і досі залишається актуальним, тому її визначення є пріоритетним напрямком досліджень.

Відомо, що при стрес-реакції організму активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система. Особливу увагу ми приділили дослідженню надниркових залоз, а саме пучковій зоні кіркового шару, де виробляються глюкокортикоїдні гормони та їх попередники (холестерин).

Було вивчено площу деліпідизації кори надниркових залоз у осіб, померлих від повішення, використовуючи гістологічний метод для візуалізації деліпідизації кори надниркових залоз у досліджуваних об'єктах забарвлених суданом – III і гематоксиліном. Комплекс морфометричних та гістологічних досліджень проводився на мікроскопі Lieca. DM LS 2 с окуляр-мікрометром та цифровою фото-відеокамерою SCIENCELAB T500. 0MPix. В гістологічних зрізах виявляли наявність деліпідизації та визначали площу деліпідизації пучкової зони по відношенню до загальної площі гістологічного зрізу. Для цього була використана запатентована програма, яка автоматично визначає площу об'єкту неправильної форми за однотипністю кольору після попередньої цифрової обробки сфотографованого гістологічного препарату [3, с. 22].

При гістологічному дослідженні надниркових залоз при повішенні стало відомо, що в пучковій зоні кори надниркових залоз діагностуються значні ділянки деліпідизованих клітин як стрес-реакція на повішення. Тому доцільно було визначити і площі холестеринових плям в екстрактах досліджуваних надниркових залозах, використовуючи метод тонкошарової хроматографії та за допомогою розробленої програми та запатентованого способу – «Спосіб визначення