

ქირურგია

წყლოლოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენალური
სისხლდენების მკურნალობის ოპტიმალური გზები

მერაბ ერემიშვილი

ბორის ჩაკვეტაძე

moambe@atsu.edu.ge

პაატა მეშველიანი

დავით თევდორაძე

აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

სამედიცინო კორპორაცია „ევექსი“

ქუთაისის რეფერალური ჰოსპიტალი

ქუთაისის წმ. ნიკოლოზის სახელობის სამედიცინო ცენტრი

აკაკი ფხაკაძე

სამედიცინო კორპორაცია „ევექსი“

ქუთაისის რეფერალური ჰოსპიტალი

ქუთაისის წმ. ნიკოლოზის სახელობის სამედიცინო ცენტრი

ქუთაისი, საქართველო

სტატის მიზანია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა სართულიდან წყლოლოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების მკურნალობის ოპტიმალური გზების დადგენა. თემა აქტუალურია მიუხედავად გასტროდუოდენალური(გდ) წყლოლოვანი მკურნალობაში მნიშვნელოვანი მიღწევებისა. ზოგადად ლეტალობა წყლოლოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების შემთხვევაში შეადგენს 7-11%. აღნიშნული პათოლოგიით 2016-2021 წლებში კლინიკებში -სამედიცინო კორპორაცია „ევექსი“, ქუთაისის რეფერალური ჰოსპიტალი, ქუთაისის წმ. ნიკოლოზის სახელობის სამედიცინო ცენტრი - მკურნალობდა 254 ავადმყოფი. სისხლდენის სიმძიმის შეფასება ხდებოდა Forrest-ის კლასიფიკაციით. ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი(ეჰ), სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი(ეჰ) და სისხლდენი სისხლძარღვის ემბოლიზაცია(ემ) ეფექტური აღმოჩნდა 225 (89%) შემთხვევაში. 29 ავადმყოფს (11%) ჩატარდა ოპერაციული მკურნალობა. ოპერაციის ჩვენება იყო გახანგრძლივებული სისხლდენა, არაეფექტური ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი (ეჰ) და ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის შემდეგ მოსალოდნელი სისხლდენის რეციდივის მაღალი რისკი. ლეტალობა 17,2%. ჩატარებული ანალიზის შედეგად, მკურნალობის პრიორიტეტული მეთოდია, ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი და მკურნალობის კომპლექსში H_2 - ბლოკატორების (H_2 ბ) და პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ჩართვა, ხოლო სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში სისხლდენი სისხლძარღვის ემბოლიზაცია(ემ).

საკვანძო სიტყვები: გასტროდუოდენალური სისხლდენა, ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი, ემბოლიზაცია, ვაგოტომია, H_2 -ბლოკატორები.

საკითხის აქტუალობა: გასტროდუოდენალური წყლულების მკურნალობაში მნიშვნელოვანი მიღწევების მიუხედავად, კვლავ პრობლემური რჩება სისხლდენით გართულებული წყლულოვანი დაავადების მკურნალობა, რაც სხვადასხვა ფაქტორებით არის განპირობებული. მეცნიერებს შორის დღესაც არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა მკურნალობის ტაქტიკასა და ოპერაციული ჩარევისთვის ოპტიმალური ვადების დადგენაში, ასევე ოპერაციის მეთოდისა და მოცულობის განსაზღვრაში. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, პრიორიტეტი ენიჭება ენდოსკოპურ ჰემოსტაზს(ეჰ) ინექციურ-ინფილტრაციული და თერმოკოაგულაციური მეთოდების კომბინაციით, მკურნალობის კომპლექსში პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების და H₂ ბლოკატორების (H₂ ბ) ჩართვით. ხოლო სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში სისხლმდენი სისხლძარღვის ემბოლიზაციას(ემ) (საქართველოს ქირურგიის 2016: 29-32).

განსაკუთრებით რთულია განმეორებითი სისხლდენების მართვა და საკითხი სისხლდენის რეციდივის რისკებთან დაკავშირებით ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის(ეჰ) შემდეგ, რადგან სწორედ ის განსაზღვრავს ლეტალობის ზრდას და მკურნალობის უარყოფით შედეგს. მნიშვნელოვანია იმ კრიტერიუმების განსაზღვრა, რომლებიც მიმართული იქნება მოსალოდნელი სისხლდენის პროგნოზირებისა და პრევენციისაკენ. განმეორებითი სისხლდენის დროს მიღებულია ოპერაციული მკურნალობა, თუმცა ნაწილი ავტორებისა არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას, ვინაიდან პოსტოპერაციული ლეტალობა საკმაოდ მაღალია (57-60%), ხოლო განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი(ეჰ) ეფექტურია 45-50%. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, არაეფექტური განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის (ეჰ) შემდეგ ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა კიდევ უფრო მაღალია. ზოგადად, ლეტალობა წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების შემთხვევაში შეადგენს 7-11%. ოპერაცია ნაჩვენებია, თუ ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი (ეჰ) არაეფექტურია, არსებობს სისხლდენის რეციდივის მაღალი რისკი დრმა კალოზური წყლულების შემთხვევაში (Луцевич, Белов 2008: 14-7). ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ-ერთი მთავარი საკითხია ოპერაციის მოცულობა. ჰემოსტაზის და განმეორებითი სისხლდენის პრევენციის მიზნით, ყველაზე ეფექტურად ითვლება კუჭის რეზექცია, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში სხვადასხვა მიზეზების გამო, მისი წარმოება მიზანშეწონილი არ არის. რაც შეეხება წყლულის გაკერვას, ის ნაჩვენებია ხანდაზმულ არასტაბილურ და სხვადასხვა თანმხლები დაავადებების მქონე ავადმყოფებში (Ступин... 2011: 58-63).

მიზანი: საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე კვლევის მიზანია

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა სართულიდან წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების მკურნალობის ოპტიმალური გზების დადგენა.

მეთოდოლოგია: გაანალიზებულ იქნა 254 ავადმყოფის სამედიცინო დოკუმენტაცია, რომელთაც ჩაუტარდათ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა სართულიდან წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენების მკურნალობა ჩვენს კლინიკებში 2016-2021 წლებში. სისხლდენის სიმძიმის შეფასება ხდებოდა Forrest-ის კლასიფიკაციით (საქართველოს ქირურგიის 2016: 29-32).

კვლევის შედეგები: ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან , 184 (72,4 %) იყო მამაკაცი და 72 (27,6%) ქალი, კუჭიდან სისხლდენა დიაგნოსტირებულ იქნა 102, ხოლო 12-გოჯა ნაწლავის სხვადასხვა ლოკაციის წყლულიდან - 152 შემთხვევაში. როგორც აღინიშნა, ავადმყოფთა სიმძიმის შეფასება ხდებოდა Forrest-ის კლასიფიკაციით და დაკარგული სისხლის მოცულობით. მკურნალობის ძირითადი მეთოდი იყო ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი(ეჰ) ადრენალის 0,01%-იანი ხსნარით ინფილტრაცია წყლულის უბანზე და თერმოკოაგულაცია, ხოლო სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი(ეჰ) და სისხლმდენი სისხლმარდვის ემბოლიზაცია(ემ) (Гостищев, Евсеев 2008: 384).

დასახელებული მეთოდებით (ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი (ეჰ), სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში, განმეორებითი ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი (ეჰ) და სისხლმდენი სისხლმარდვის ემბოლიზაცია) მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა 225 (89%) შემთხვევაში. 29 ავადმყოფს (11%) ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა (Ступин... 2011: 58-63).

მიუხედავად იმისა, რომ ენდოსკოპიური ჰემოსტაზით (ეჰ) ყოველთვის ვერ ხდებოდა სისხლდენის საბოლოო შეჩერება, დროებითი ჰემოსტაზის მიღწევა, ჰემოდინამიკური და ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება, თავის მხრივ, გვამღებდა საშუალებას, სისხლდენის რეციდივის მაღალი რისკის ავადმყოფებში მიგვემართა აქტიური ქირურგიული ჩარევისათვის სისხლდენის განმეორებამდე.

ოპერაციის ჩვენება იყო გახანგრძლივებული სისხლდენა და არაეფექტური ენდოსკოპიური და კონსერვატიული მკურნალობა (21) და ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის (ეჰ) შემდეგ მოსალოდნელი სისხლდენის რეციდივის მაღალი რისკი (8). ოპერაციის მოცულობა განისაზღვრებოდა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის, სისხლმდენი წყლულის ლოკალიზაციის და ხასიათის, ოპერაციის და ანესთეზიის რისკების გათვალისწინებით. ჩატარებული ოპერაციებიდან 24 შემთხვევაში მოხდა სისხლმდენი წყლულის გაკერვა, 5-ში კი გაკეთდა კუჭის რეზექცია. ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 5 ავადმყოფი (17,2%), სულ გარდაცვლილთა რიცხვმა შეადგინა 4,3% (11

მ. ერემეიშვილი, ბ. ჩაკვეტაძე, პ. მეშველიანი, ა. ფხაკაძე, დ. თევდორაძე

პაციენტი). ცუდი შედეგი ძირითადად განპირობებული იყო დაბალი პოსტულბარული და 12-გოჯას უკანა კედლის ღრმა კალოზური წყლულებით და სისხლის დიდი რაოდენობის (2/3) დანაკარგით, ასევე, მძიმე თანმხლები პათოლოგიების არსებობით და პოლიორგანული უკმარისობით.

უნდა აღინიშნოს, რომ დროის გარკვეულ პერიოდში აღნიშნულ კლინიკებში ფართოდ გამოიყენებოდა ვაგოტომიის სხვადასხვა სახეები. 14 პაციენტს პროფუზული სისხლდენის დროს ჩაუტარდა ღეროვანი ვაგოტომია. (ვტ) დასაწყისში მათ უკეთდებოდათ წყლულის გაკვერვა, ხოლო 3 შემთხვევაში პილოროპლასტიკა ჰეინეკე-მიკულიჩის მეთოდით. ამ შემთხვევებში პაციენტები არ გარდაცვლილან (კავკასიის ქირურგთა 1984: 91-92). პოზიტიურად შეიძლება შეფასდეს უკანასკნელ პერიოდში ოპერაციული ჩარევის კლების ტენდენცია, რაც განპირობებულია ანტიულცერული პრეპარატებით მკურნალობის მაღალი ეფექტურობით და შესაბამისად კალოზური წყლულების შემცირებით.

ამრიგად, ჩატარებული ანალიზის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ მკურნალობის პრიორიტეტულ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ენდოსკოპური ჰემოსტაზი (ეჰ) და მკურნალობის კომპლექსში H2 (H2ბ) ბლოკატორების და პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ჩართვა, ხოლო სისხლდენის რეციდივის შემთხვევაში - სისხლმდენი სისხლმარღვის ემბოლიზაცია(ემ), რომელიც გამოყენებული იყო 15 შემთხვევაში, აქედან რეციდივი დაფიქსირდა 1 ავადმყოფთან, რის გამოც ჩაუტარდა სასწრაფო ოპერაცია. სისხლმდენი სისხლმარღვის ემბოლიზაცია(ემ), გულისხმობს ენდოვასკულური მიდგომით (ტრანსრადიალური ან ტრანსფემორალური) სამიზნე სისხლმარღვის აღმოჩენას, რომელიც კვებავს წყლულოვან სუბსტრატს, ამ სისხლმარღვის კათეტერიზაციას და მასში საემბოლიზაციო მასალის შეყვანას, რაც 90%-იანი ალბათობით უზრუნველყოფს მყარი ჰემოსტაზის მიღწევას (Гостищев, Евсеев 2008: 384).

ლიტერატურა

კავკასიის ქირურგთა XII ყრილობის მასალები. ბათუმი 20-22 ნოემბერი. 1984: 91-92.

საქართველოს ქირურგიის მაცნე, #1, 2016: 29-32

Schenke, M.R. Duzak, R. Jr. Soueen, M.C. J. 2011. Vasc Interv Radiol, N12, 2001:1263-1271.

Луцевич, ЭИ., И.Н. Белов. 2008. *Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия.*

Ступин, В.А. и соавт. 2011. “Особенности консервативной терапии пациентов кровоточащими язвами желудка и 12 перстной кишки”. *Форматека* #2, 2011:58-63.

Гостищев, В.К., М.А. Евсеев. 2008. *Гостродуоденальные кровотечения язвенной этиологии МГЭОТАР – Медия*.

Surgery

Optimal ways to treat gastroduodenal bleedings of ulcerative etiology

Merab Ereishvili

Boris Chakvetadze

moambe@atsu.edu.ge

Paata Meshveliani

Davit Tevdoradze

Akaki Tsereteli State University

Medical corporation EVEX

Kutaisi Referral Hospital

Kutaisi St. Nickolas Medical Center

Kutaisi, Georgia

Akaki Pkhakadze

Medical corporation EVEX

Kutaisi Referral Hospital

Kutaisi St. Nickolas Medical Center

Kutaisi, Georgia

The article aims to determine the optimal methods of treating bleedings of ulcerative etiology from the top of the gastrointestinal tract. The topic is relevant despite significant advances in the treatment of gastroduodenal (Gd) ulcers. In general, mortality rate from bleedings of ulcerative etiology is 7-11%. 254 patients with this pathology were treated in the clinics - Medical corporation EVEX, Kutaisi Referral Hospital, Kutaisi St. Nickolas Medical Center - in 2016-2021. Bleeding severity was assessed using the Forrest classification. Endoscopic hemostasis (Eh), recurrent endoscopic hemostasis in case of bleeding recurrence, and bleeding vessel vascular embolization (Em) were found to be effective in 225 (89%) cases. 29 patients (11%) underwent surgical treatment. Indications for surgery were prolonged bleeding, ineffective endoscopic hemostasis (Eh), and a high risk of expected recurrence of bleeding after endoscopic hemostasis (Eh). Case mortality rate - 17.2%. Based on the results of the analysis, the optimal methods of treatment, are: the endoscopic hemostasis and the inclusion of H₂-blockers (H₂-B) and the proton pump inhibitors in the treatment complex, and in case of recurrence of bleeding - the blood vessel embolization (Em).

Keywords: *Gastroduodenal bleeding, Endoscopic hemostasis, Embolization, Vagotomy, H₂-blockers*

Despite considerable progress that has been made in the treatment of gastroduodenal ulcers, the treatment of stomach ulcer complicated by bleeding is still problematic due to a variety of factors. Today, there is still disagreement among scientists regarding determining tactics of treatment and optimal timing for surgical intervention, and choosing the method and extent of operation.

According to the majority of authors, priority is given to endoscopic hemostasis (EH) in combination with the injection-infiltration and thermocoagulation methods, by including the proton pump inhibitors and H₂ blockers (H₂b) in the treatment complex.

It is especially difficult to manage recurrent bleeding and the issue related to the risk of recurrence of bleeding after endoscopic hemostasis (EH) since this is what determines the increase in the case mortality rate and the negative outcome of treatment. Surgical treatment is accepted for recurrent bleeding, although part of the authors disagree with this view, since postoperative lethality is quite high (57-60%), while recurrent endoscopic hemostasis (EH) is effective at 45-50%. In general, the lethality in cases of bleeding of ulcerative etiology is 7-11%. Surgery should be performed if endoscopic hemostasis (EH) is ineffective, since there is a high risk of recurrence of bleeding in case of hollow ulcers.

One of the main issues is the extent of operation. Gastric resection is most effective in preventing hemostasis and recurrent bleeding, but in many cases for various reasons, its performance is not advisable. As for suturing the ulcer, it was discovered in the elderly with unstable and various concomitant diseases.

Gastroduodenal bleeding (GDB) of ulcerous etiology was treated at the clinic in 2016-2021 with 254 patients, 184 (72.4%), including 184 (72.4%) men and 72 (27.6%) women, gastric bleeding was diagnosed in 102 cases, while from duodenal ulcers of various locations - in 152 cases. The severity of the patient's condition is assessed using the Forrest classification and the lost blood volume. The main method of treatment was endoscopic hemostasis (EH) by infiltration with an epinephrine 0.01%-solution at the ulcer site and thermocoagulation, while in case of recurrence of bleeding, - the recurrent endoscopic hemostasis (EH) and embolization of the bleeding vessel (EM). The treatment complex included H₂-blockers (H₂b) and the proton pump inhibitors. This method was found to be effective in 225 cases (89%). Surgical treatment was performed on 29 patients (11%).

The surgical indications were prolonged bleeding and ineffective endoscopic

and expectal treatment (21) and a high risk of expected recurrence of bleeding after endoscopic hemostasis (EH) (8). The extent of operation was determined taking into account the general condition of the patient, the localization and nature of the bleeding ulcer, and the risks associated with surgery and anesthesia. Of the surgeries performed, 24 were suturing the bleeding ulcer and 5 gastric resections. 5 patients (17.2%) died after surgery, a total of 11 patients (4.3%) died. The poor outcome was mainly due to the low post-bulbar ulcers and the hollow duodenal posterior wall ulcers with large (2/3) blood loss and severe concomitant pathologies.

There is a tendency for a decrease in the number of surgeries performed, which is due to the high effectiveness of treatment with anti-ulcer drugs and, consequently, the reduction of hollow ulcers.

Various types of vagotomy have been widely used in our clinic in recent years. 14 patients underwent truncal vagotomy during profuse bleeding. In the beginning they underwent suturing the ulcer, and in 3 cases – the Heineke-Mikulich pyloroplasty. We have no lethality in these cases.

The priority method of treatment is endoscopic hemostasis (EH) and the inclusion of H2 (H2b) blockers and the proton pump inhibitors in the treatment complex, and in case of recurrence of bleeding - the blood vessel embolization, which involves the discovery of the target blood vessel using an endovascular approach (trans-radial or trans-femoral), which feeds the ulcerative substrate and catheterization of this blood vessel as well as the injection of embolization material therein, which with a 90% probability ensures the achievement of solid hemostasis.