

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

Грушко А. Н. *, Ладний М. Д. *, Смольнікова К. О., Гнатенко І. А., студ. 3–го курсу
Науковий керівник – доц. В. П. Шевченко
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії
*Сумська обласна клінічна лікарня

Відомо більше 100 захворювань, які можуть бути причиною шлунково-кишкової кровотечі (ШКК). Серед них головними етіологічними чинниками є: виразкова хвороба, ерозивні гастродуоденіти, цироз печінки, рак шлунка. Однією із рідких причин гастродуоденальних кровотеч є спадкові гематологічні захворювання (гемофілія, хвороба Віллебрандта, хвороба Рандю-Вебера-Ослера). Якщо діагностично-лікувальна тактика при ШКК виразкового генезу, ерозивних гастродуоденітах, кровотечах із варикозно розширених вен, злоякісних пухлинах шлунку, опрацьована, про що свідчать численні публікації стосовно цих кровотеч, то при гематологічних захворюваннях, особливо при гемофілії, вона залишається неясною. До ХХ сторіччя хірургічна тактика при гемофілії заключалася у принципі «*polanosege*», так як кожне оперативне втручання викликало безупинну кровотечу, яка приводила до смерті хворих від крововтрати. У наш час виявлені генетичні порушення, які спричиняють гемофілію, а саме аберація гена фактора VIII, який локалізований на 10 хромосомі, що приводить до редукції у плазмі рівня цього фактора, необхідного для нормального процесу згортання крові. З розвитком технологій отримання фактора VIII, стало можливим виконання навіть великих операцій у таких хворих при умові достатньої кількості кріопреципиту. Нині VIII фактор отримують за допомогою рекомбінантної DNA технології, що замінила виділення його із донорської плазми, і це повністю виключило можливість інфікування хворих трансмісивними інфекціями (СНІД, гепатит Б, С).

Мета. Вивчити особливості діагностики і хірургічної тактики при шлунково-кишкових кровотечах у хворих на гемофілію.

Матеріали і методи. В Сумській області на 9.12.2011 р. зареєстровано 38 хворих на гемофілію А віком від 21 до 78 років, що склало 2,9 на 100 000 населення. ШКК ускладнило перебіг захворювання у 2 (5,3%) випадків, що стало показанням до госпіталізації. Серед 346 хворих із ШКК, госпіталізованих протягом 2011 року у центр шлунково-кишкових кровотеч, що функціонує на базі хірургічного відділення СОКЛ, вони склали всього 0,57%. Середній вік хворих 36,4 роки. Діагноз гемофілії А підтверджений клінічно, лабораторно, анамнестично.

Результати. Переважне число хворих із клінічними ознаками гастроінтестинальних кровотеч, які лікувалися у відділенні, складали особи із виразковою хворобою, їх питома вага серед загального числа пацієнтів рівнялася 68,4%. При лікуванні цієї категорії хворих у клініці використовувалася опрацьована індивідуалізована активно-вичікувальна тактика, яка заключалася у проведенні оперативного втручання при неефективності консервативного лікування і неможливості досягнення ендоскопічного гемостазу та при виникненні рецидиву кровотечі у стаціонарі. Рішення про необхідність проведення оперативного втручання проводилося після екстреного ендоскопічного дослідження і підтвердженні активності кровотечі (F 1 A, B за класифікацією Forrest). По відношенню до хворих з гемофілією при виникненні ШКК стандарти хірургічного лікування відсутні. У хворих на гемофілію тяжкість геморагічних ускладнень корелюють із рівнем VIII фактора. Нормальний рівень VIII фактора у здорових осіб = 50-100%. Тяжкі ускладнення розвиваються при його рівні < 2%, середньої тяжкості – 2-5%, легкі – 6-30%. В обох госпіталізованих хворих мала місце тяжка постгеморагічна анемія, кількість еритроцитів була зменшена до $1,6 \times 10^{12}$, рівень Hb до 46 г/л, Ht до 18%, час згортання крові 40хв. При ЕФГДС дослідженні виявлено ерозивно-виразковий гастродуоденіт з триваючою кровотечею (FIB). З метою гемостазу хворим переливалася свіжозаморожена плазма, в/в вводився імунат (VIII фактор) по 1000 М.О. 3 рази на добу та транексамова кислота. Паралельно проводилася противиразкова терапія (в/в – квамател 40мг, разол 20мг 2 рази на добу, вікасол, етамзилат Na по 4мл. щоденно). Для корекції крововтрати за період лікування хворі отримали у середньому 1100 мл. еритроцитарної маси. Завдяки проведеному лікуванню отримано стабільний гемостаз, підвищилися показники Hb, Ht, кількості еритроцитів. Термін перебування хворих у стаціонарі склав 16,2 л/днів.

Висновки. Гемофілія А відноситься до рідких причин шлунково-кишкових кровотеч. Консервативне лікування ШКК у хворих на гемофілію ефективне при умові використання VII, VIII факторів згортання крові, свіжозамороженої плазми, транексамової кислоти та інтенсивної противиразкової терапії.