

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, С.В. Харченко

Сумський Державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії. Сумська обласна клінічна лікарня.

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) залишаються одними із найбільш частих і найбільш небезпечних ургентних патологій у абдомінальній хірургії [3]. Післяопераційна летальність при гострих ШКК не має тенденції до зниження, коливаючись у межах 6-25%, а у гематологічних хворих з коагулопатіями сягає 15-50% [4].

Серед природжених коагулопатій провідне місце займають гемофілія А і В, зумовлені дефіцитом VIII і IX факторів зсідання крові. Гемофілія А (класична) трапляється частіше, ніж гемофілія В (хвороба Крістмаса) і складає 80-85% від загальної кількості осіб, хворих на гемофілію [7].

Поширеність гемофілії у більшості європейських країн становить 13-18 на 100 тис. осіб чоловічого населення, або за даними ВООЗ та Всесвітньої Федерації Гемофілії – 1:10 000 новонароджених хлопчиків. У всьому світі нараховується біля 350 000 хворих на гемофілію [7]. В Україні мешкає близько 2700 хворих на гемофілію [2].

Використання сучасної замісної трансфузійної терапії дозволило досягнути значних успіхів у лікуванні таких хворих, що призвело до суттєвого подовження тривалості їх життя. Характерною особливістю у хворих на гемофілію є схильність до кровотеч. Найчастіше (70-80%) кровотечі виникають у суглоби. З часом вони призводять до розвитку гемартрозу, що у більшості випадків інвалідізує пацієнтів. До життєво

небезпечних кровотеч, які трапляються у 5-10% хворих на гемофілію належать шлунково-кишкові кровотечі [4].

При гемофільії ШКК можуть бути спонтанними, але частіше вони провокуються вживанням ацетилсаліцилової кислоти (аспірин) чи нестероїдних протизапальних препаратів при лікуванні артрозів. Іншою причиною кровотеч бувають виразки шлунку чи 12-палої кишки, а також ерозивні гастрити різного походження. Разом з тим відмічаються також дифузні діapedезні кровотечі без будь-яких деструктивних уражень слизової оболонки. При розвитку таких кровотеч стінка шлунку на значній площі просякається кров'ю. Останнє швидко призводить до тяжкої анемії і нерідко - до геморагічного шоку.

З огляду на високий ризик абдомінальних оперативних втручань при ШКК у хворих на гемофілію з одного боку, а з іншого – впровадження у клінічну практику ефективних специфічних антигемофільних препаратів, в останні роки більшої уваги приділяється консервативному методу лікування, яке має деякі особливості порівняно із стандартними протоколами лікування виразкових ШКК [1]. Відомо, що при гемофільії тяжкість геморагічних ускладнень корелює із рівнем VIII фактора. Тяжкі геморагічні ускладнення розвиваються при зниженні його рівня менше 2%; кровотечі середньої тяжкості – при концентрації у межах 2-5%, легкі кровотечі – при рівні 6-30% [6].

Основним принципом лікування геморагічних ускладнень у хворих на гемофілію є проведення своєчасної адекватної замісної гемостатичної терапії препаратами, збагаченими факторами VIII або IX згортання крові (плазматичних та рекомбінантних) з метою збільшення їхньої концентрації у плазмі крові до рівня, який забезпечує ефективний гемостаз.

Окрім переліченого у хворих на гемофілію за даними літератури виникненню ШКК сприяє інфікування *Helicobacter Pylori* [5].

Встановлення цього факту дає можливість поліпшити ефективність як профілактичних, так і лікувальних заходів у хворих на гемофілію.

Актуальність. Повідомлення щодо результатів лікування ШКК у хворих на гемофілію поодинокі [1, 6, 7]. Стандарти ж хірургічної тактики на цей час остаточно не розроблені. З огляду на це проблема залишається однією із актуальних в абдомінальній хірургії і потребує подальшого поглибленого вивчення.

Мета. Вивчити особливості лікувальної тактики при шлунково-кишкових кровотечах у хворих на гемофілію.

Матеріали і методи. Протягом 2014 року у центр ШКК, що функціонує на базі хірургічного відділення СОКЛ госпіталізовано 225 хворих із гастроінтестинальними кровотечами різного генезу та ступеню тяжкості. Переважне число хворих з ознаками ШКК склали особи із виразковою хворобою. Їхня питома вага поміж загального числа госпіталізованих становила 68,4%. Хворих на гемофілію було 2 (0,9%) особи. Середній їхній вік рівнявся – 36,4 рокам. Госпіталізовані хворі були у тяжкому стані з клінічними ознаками геморагічного шоку. Діагностичий алгоритм у цієї групи хворих суттєво не відрізнявся від госпіталізованих з ШКК зумовленими іншими причинами, він включав з'ясування гематологічного анамнезу, виявлення характеру і кількості попередніх кровотеч; проводилося екстрене лабораторне дослідження з визначенням рівня Нв, Нт, дефіциту циркулюючої крові (ДЦК), показників згортання крові, коагулограми, рівня VIII і IX факторів згортання крові. Обов'язковим було екстрене ендоскопічне дослідження. При лікуванні хворих із ШКК виразкового генезу нами використовувалася прийнята в останні роки індивідуально-диференційована хірургічна тактика. При лікуванні хворих на гемофілію з метою корекції дефіциту VIII і IX факторів згортання крові використовували антигемофільний препарат емоклот, який вводили в/в кожні 8 годин по 1000 МО. Тривалість

лікування залежала від загального стану хворих та рівня VIII і IX факторів згортання крові. Лікування проводилося сумісно з лікарями гематологами.

Результати дослідження та їх обговорення. У Сумській області на кінець 2014 року зареєстровано 40 хворих на гемофілію віком від 21 до 62 років, що складає 3,4 на 100 000 населення. Гемофілія А діагностована у 37(92,5%) осіб, гемофілія В – у 3(7,5%). ШКК трапилася у 2(5,0%) із цих хворих.

При ендоскопічному дослідженні у одного з них діагностована виразка задньої стінки 12-палої кишки у діаметрі до 0,6 см, яка супроводжувалася триваючою кровотечею (F 1B), мала місце деформація цибулини 12 п.к. У іншого хворого причиною кровотечі була ерозивна гастродуоденопатія, з дифузним просочуванням крові із ерозій.

Обидва хворі були госпіталізовані у стані геморагічного шоку з кровотечею тяжкого ступеню. Перший хворий був госпіталізований у центр ШКК повторно. Попередньо він лікувався з приводу ШКК у 2011 році. У іншого хворого епізод ШКК трапився вперше. Із анамнезу з'ясовано, що протягом декількох тижнів він приймав нестероїдні протизапальні препарати з метою лікування артрозу колінного суглобу.

Хворі скаржилися на слабкість, пітливість, запаморочення. У обох хворих спостерігалася неодноразова блювота малозміненою кров'ю, рідка мелена. Частота пульсу була у межах 110-120 за 1 хв, А/Т<90 мм. рт.ст, Нb< 70 г/л., Ht – 0,21-0,25, Ер < 2,5x10¹²/л, дефіцит ОЦК – 30-35%. Індекс Allgowerу перевищував 1,5.

У переважної більшості (87,6%) хворих з виразковими кровотечами, що лікувалися у центрі ШКК, була ефективна стандартна консервативна терапія. Переливання еритроцитарної маси застосовувалося тільки у 18,4% з тяжкою постгеморагічною анемією і показником Нb< 70 г/л. При ШКК у хворих на гемофілію використання гемотрансфузій та переливання свіжозамороженої плазми крові було обов'язковим.

Інфузійно-трансфузійну терапію, що включала в/в введення гемостатичних препаратів (етамзилата натрія, транексамової кислоти, вікасола), противиразкових препаратів (квamatела, разола), переливання еритроцитарної маси, свіжозамороженої плазми ми розпочинали негайно після госпіталізації хворих. Після уточнення гематологічного анамнезу і консультації гематолога починали вводити антигемофільний препарат – емоклот (VIII фактор) по 1000 МО кожні 8 годин до досягнення стійкого гемостазу. Після зупинки кровотечі хворим проводили підтримуючу терапію емоклотом протягом 10 діб з інтервалом у 24 години. Компонентом комплексного лікування було використання ерадикаційної схеми Н. Pilogu. З метою корекції крововтрати за період лікування хворим перелито 1200-1700мл еритроцитарної маси, 1600–1820мл свіжозамороженої плазми.

Завдяки проведеному комплексному лікуванню у обох хворих досягнуто стабільний гемостаз, нормалізувалися показники Hb, Ht, числа еритроцитів. Термін перебування хворих у стаціонарі у середньому склав 16,4 л/днів.

Висновки:

1. Шлунково-кишкові кровотечі належать до життєво небезпечних ускладнень гемофілії.

2. Консервативне лікування ШКК у хворих на гемофілію ефективно при умові використання своєчасної і адекватної замісної терапії антигемофільними препаратами.

3. З метою попередження утворення виразок чи кровотеч у хворих на гемофілію слід уникати застосування нестероїдних протизапальних препаратів та препаратів ацетилсаліцилової кислоти.

Література

1. Дужий І.Д. Досвід лікування хворих на гемофілію з тяжкими гастродуоденальними кровотечами / І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, Г.І. П'ятикоп[та ін.] // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень.- 2013.- Т.1.- №2.- С.248-251.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2010 р. № 647 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на гемофілію».
3. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі /П.Д. Фомін., Я.С. Березницький., В.В. Бойко., М.М. Велигоцький [та ін.] // Методичні рекомендації. - м. Київ. - 2012, с.–108.
4. Botianu A.M. Overt gastrointestinal bleeding in patients with hematologic disease / A.M. Botianu, G. Oltem // Cl. Medical.-2011.- V.84.- №1.-P.77-82.
5. Choe B.H. Upper gastrointestinal bleeding in children with haemophilia: a clinical significance of Helicobacter pylori infection / B.H. Choe.,J.Y. Kim., J.H. Lee // Haemophilia.- 2010.- Т.16.- №2.- P.277-280
6. Eyster M.E. Second Multicenter Hemophilia Study Group. Upper gastrointestinal bleeding in haemophiliacs: incidence and relation to use of non-steroidal anti-inflammatory drugs / M.E. Eyster., S.M. Asaad// Haemophilia .- 2007.- Т.13.- №3.-P.- 279-86.
7. Stonebraker J.S. A study of variations in the reported haemophilia A prevalence around the world / J.S. Stonebraker., P.H. Bolton-Maggs., J.M. Soucie., I.Walker //Haemophilia .- 2010.- Т.16.- №1.- P.20-32

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

СумДУ, медичний інститут. Сумська обласна клінічна лікарня.

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Харченко С.В.

Наведено досвід лікування 2 хворих на гемофілію з тяжкими шлунково-кишковими кровотечами, які лікувалися у Сумському обласному центрі шлунково-кишкових кровотеч у 2014 році, що склало 0,9% до всієї кількості хворих (225) з кровотечами. Показано, що консервативне лікування ШКК у хворих на гемофілію має свої особливості і може бути ефективним при умові своєчасного використання достатньої кількості препаратів VIII фактору згортання крові, проведення адекватної інфузійно-трансфузійної, гемостатичної та противиразкової терапії.

Ключові слова: гемофілія, шлунково-кишкові кровотечі, лікувальна тактика.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХУ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Дужий И.Д., Шевченко В.П., Харченко С.В.

СумГУ, медицинский институт. Сумская обласная клиническая больница

Приведен опыт лечения 2 больных гемофилией с тяжелыми желудочно-кишечными кровотечениями, которые лечились в Сумском обласном центре желудочно-кишечных кровотечений в 2014 году, что составило 0,9% от общего количества (225) больных с кровотечениями. Показано, что консервативное лечение тяжелых ЖКК у больных гемофилией имеет свои особенности и может быть эффективным при

условии своевременного использования достаточного количества препаратов VIII фактора свертывания крови и проведения адекватной инфузионно-трансфузионной, гемостатической и противоязвенной терапии.

Ключевые слова: гемофилия, желудочно-кишечные кровотечения, лечебная тактика.

FEATURES THERAPEUTIC TACTICS IN ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA

Duzhy I.D., Shevchenko V.P., Kharchenko S.V.

SumSU, Medical Institute. Sumy regional hospital

This article deals with the the experience of treatment of 2 patients with hemophilia with severe gastrointestinal bleeding who were treated in Sumy regional center of gastrointestinal bleeding in 2014. It is shown that conservative treatment of severe gastrointestinal bleeding in patients with hemophilia has its own characteristics and can be effective treated by using enough clotting factor VIII, conducting adequate infusion-transfusion, hemostatic and antiulcer therapy.

Key words: hemophilia, gastrointestinal bleeding, medical tactic.

Дужий, І.Д. Особливості лікувальної тактики при гострих шлунково-кишкових кровотечениях у хворих на гемофілію [Текст] / І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, С.В. Харченко // Харківська хірургічна школа. - 2015. - № 2(71). - С. 141-143.