

ნიკოლოზ ბუაძე, ავთანდილ კუტუბიძე, მერაბ ბუაძე
**კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის არავარიკოზული სისხლდენების ენდოსკოპიური
 მეთოდებით მკურნალობა ბავშვებში**
 თსსუ გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიის აკადემიური კლინიკა
 Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.03.10>

NIKOLOZ BUADZE, AVTANDIL KUTUBIDZE, MERAB BUADZE
**ENDOSCOPIC TREATMENT OF NON-VARICOSE BLEEDING FROM THE UPPER
 GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN**

Tbilisi State Medical University, G. Zhvania Pediatric Academic Clinic

SUMMARY

Pediatric gastrointestinal (GI) bleeding is a concerning medical condition that can lead to significant morbidity and even mortality if not promptly diagnosed and treated. In children, non-variceal GI bleeding is one of the most common causes of this condition. This article discusses the endoscopic treatment options and various classification systems used to assess and manage non-variceal GI bleeding in pediatric patients. Additionally, it explores specific conditions associated with pediatric GI bleeding, such as peptic ulcer disease (PUD), Mallory-Weiss syndrome, GERD and Dieulafoy lesion.

Keywords: Non varicose pediatric GI bleeding, Endoscopy, Forrest classification, Sheffield classification, PUD, Mallory Weiss syndrome, Dieulafoy lesion.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილიდან ქირურგიული დაავადებებით გამოწვეული სისხლდენები მოიცავს სხვადასხვა პათოლოგიებს, რომლებიც გასხვავდებიან ეტიოპათოგენებით და მიმდინარეობით. აღნიშნულ დაავადებებში განვიხილავთ კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავიდან წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენებს, როგორც ჰელიკობაქტერიული გენეზის, ასევე ანთების საწინააღმდეგო არაჰორმონალური მედიკამენტების მიღების შედეგად განვითარებულ მწვავე სისხლდენებს, მელორი-ვეისის სინდრომს, დელაფუას სინდრომს, გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსური დაავადების ფონზე განვითარებულ წყლულოვან ეზოფაგიტს და საყლაპავის ჰიატალურ თიაქრებს. ხშირად სისხლდენა პროფუზულია, უქმნის ბავშვის სიცოცხლეს რეალურ საშიშროებას და საჭიროებს სასწრაფო სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებას, რომელიც მოიცავს რენიმაციულ ღონისძიებებს, ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებას [1,2].

გასტროდუოდენალური სისხლდენის უხშირეს მიზეზს წარმოადგენს 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის უკანა კედლის წყლულებიდან სისხლდენა. უფრო ნაკლებად წინა კედლის წყლულებიდან. შედარებით იშვიათად კუჭის პილორულ ნაწილში წყლულოვანი დეფექტების ლოკალიზაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს წყლულოვანი დაავადებისა და მისი გართულებების მიმდინარეობაში. პოსტულბალური, ანუ 12-გოჯა ნაწლავის დისტალური წყლულები ხასიათდებიან უფრო ხანგრძლივი მკურნალობისა და ხშირი რეციდივებით, ვიდრე პროქსიმალურად მდებარე დეფექტები.

კვლევის მიზანი: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილიდან არავარიკოზული სისხლდენების (ბაქტერიული და მწვავე წყლულები, გერდი, მელორი-ვეისის, დელაფუას სინდრომები) მინიზიზაციური მკურნალობის სხვადასხვა ენდოსკოპიური მეთოდების ეფექტურობის შედარება კლინიკური და ობიექტური პარამეტრებით.

კვლევის მასალები: წარმოადგენს 4 თვიდან 18 წლამდე ასაკის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სისხლდენით მიმდინარე ქირურგიული დაავადებების მქონე პაციენტები, შემდეგი დაავადებებით:

- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ჰელიკობაქტერიული ეტიოლოგიის წყლულებიდან სისხლდენები - 40 პაციენტი;
- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მედიკამენტოზური და სხვა ეტიოლოგიის შედეგად მწვავედ განვითარებული წყლულებიდან სისხლდენები - 20 პაციენტი;
- გასტროეზოფაგალური რეფლუქსური დაავადების (გერდ) ფონზე განვითარებული წყლულოვანი ეზოფაგიტები პროლაფსით და სისხლდენებით - 10 პაციენტი;

- დიელაფუას სინდრომი - 5 პაციენტი;
- მელორი ვეისის სინდრომის ფონზე განვითარებული სისხლდენები - 10 პაციენტი.

კუჭისა და 12 გოჯა ნაწლავიდან არავარიკოზული სისხლდენა. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება წარმოადგენს თანამედროვე ბავშვთა ქირურგიული გასტროენტეროლოგიის აქტუალურ პრობლემას. დაავადების გამოვლინება იწყება 4-5 წლის ასაკიდან და პიკს აღწევს 12-15 წლის ასაკში. აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში დაავადების მაღალი სიხშირე განპირობებულია სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ჰორმონალური ცვლილებებით.

დაავადების მიმდინარეობის პათოგენეზში წამყვანი ადგილი უკავია: წყლულოვანი დაავადებით დატვირთულ მემკვიდრულ ფაქტორს, სქესს (ბიჭებში უფრო ხშირია, ვიდრე გოგონებში), კვების რეჟიმს. აღნიშნულის გამო კუჭსა და 12-გოჯას ლორწოვანში ვითარდება ტროფიკული დარღვევები. მატულობს კუჭის წვენის მჟავიანობა - პეპტიკური ფაქტორი, იზრდება გასტრინის (კუჭის პილორული ნაწილის ჰორმონის) დონე, რომელიც იწვევს სეკრეტორულ და მჟავანარმოქმნელი ფუნქციის გაზრდას. შვარცის დევიზი „არ არის სიმუშავე - არ არის წყლული“ ამ ცნობილ გამოთქმას დაემატა ცნობილი მეცნიერის დევიტ გრაჰამის გამონათქვამი „არ არის მუშა - არ არის ჰელიკობაქტერია, არ არის წყლული“.

კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზის საკითხებმა მიიპყრო ყურადღება მას შემდეგ, რაც 1983 წელს ავსტრალიელმა მეცნიერებმა მარშალმა და ვარენმა პირველად გამოყვეს კუჭის პილორული ნაწილის ბიოფსიური მასალიდან სპირალური ფორმის ჰელიკობაქტერია, რომელიც წყლულოვანი დაავადების დროს ბავშვების 95%-ში გვხვდება.



სურათი 1. ა - კუჭის წყლული, ბ - 12 გოჯას წყლული

დაავადება მიმდინარეობს აგრესიულად და მცირე დროის განმავლობაში შესაძლებელია განვითარდეს გართულებები (თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის სტენოზი, სისხლდენა, პერფორაცია, პენეტრაცია), რომლებიც საჭიროებენ ხანგრძლივ სტაციონარულ მკურნალობას და ხშირ შემთხვევებში ქირურგიულ ჩარევას.

გასტროდუოდენალური სისხლდენის გარეგანი ნიშნებია: სისხლიანი ღებინება, მელენა (კუპრისფერი განავალი). სისხლძარღვოვანი კოლაფსის განვითარებისათვის დამახასიათებელია: საერთო სისუსტე, კანისა და ლორწოვანი გარსის სიფერმკრთაღე, წნევის დაქვეითება, თავბრუსხვევა, ზოგჯერ გონების დაკარგვა.

დაკარგული სისხლდენის რაოდენობა 7 წლამდე ასაკის ბავშვებში 100 მლ-მდე, ხოლო მოზრდილ პაციენტებში 200 მლ-მდეა, არ მიმდინარეობს ღრმა პათოლოგიური ტკივილებით, ხოლო როცა დანაკარგი 300-დან 500 მლ-ია, მკვეთრად გამოიხატება ჰემოდინამიკური დარღვევები და წარმოადგენს საშიშროებას პაციენტისათვის.

ნაღებინები მასის შეფერილობა შეიძლება იყოს სხვადასხვა, რაც დაკავშირებულია სისხლდენის სიმძიმეზე და სიჩქარეზე. პროფუზური ჰემორაგიებისას ღებინება მალე ვითარდება და ამონადები მასა შეიცავს შეუცვლელ სისხლს. კუჭიდან მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის სისხლდენის დროს კი ნაღებინები მასა მოშავო-ყავისფერია, რადგან კუჭში საშუალო რაოდენობით ჩაღვრილ სისხლში ჰემოგლობინი მარილმუშავას მოქმედებით გარდაიქმნება მარილმუშავა ჰემატინად, რომელსაც აქვს აღნიშნული ფერი. სისხლიანი ღებინება აღნიშნებათ ავადმყოფების მხოლოდ ერთ მესამედს. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის დისტალური და პოსტულბალური წყლულებიდან სისხლდენის დროს სისხლიან ღებინებას შეიძლება ადგილი არ ჰქონდეს.

დაავადების დანყებიდან პირველ საათებში, დეფეკაცია შეიძლება იყოს ნორმალური ფერის და კონსისტენციის, ამიტომ ნაჩვენებია ჰოსპიტალიზაციის პირველი საათებიდან თითო

მრავალჯერადი რექტალური გამოკვლევა. შავი ფერის განავლოვანი მასების აღმოჩენისთანავე დასტურდება გასტროდუოდენალური სისხლდენის არსებობა.

ერთჯერადი სისხლდენის შემდეგ მელენა შეიძლება გაგრძელდეს 3-5 დღე. ხოლო ფარულ სისხლდენაზე გრეგერსენის რეაქცია დადებითია - 7 დღე და მეტი.

აღსანიშნავია, რომ მელენის დროს სისხლი არ შეინოვება ნაწლავებში. ხდება სისხლის დაშლა. დაშლის პროდუქტები ინვევენ ტოქსიკურ ზემოქმედებას ორგანიზმზე, ტემპერატურის მომატებას, თავის ტკივილს, მუცლის შებერვას, საერთო სისუსტეს, ჰიპოქსიას და ჰიპოვოლემიას.

სისხლის ანალიზი დაავადების დანყებიდან პირველ საათებში შეიძლება იყოს ნაკლებად ინფორმატიული, რადგან ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობა დაავადების პირველ ხანებში არ გამოხატავს სისხლდენის სიმძიმეს. ჰემოგლობინის და ერითროციტების დაკლება ვითარდება 12-24 საათის შემდეგ. როცა ხდება სისხლის გათხევადება ქსოვილოვანი სითხით, ამიტომ ნაჩვენებია მათი დინამიკაში გამოკვლევა. სისხლდენის დროს ვითარდება პოსტჰემორაგიული ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ედს-ის მომატებით. თრომბოციტების განსაზღვრას აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, რათა მოხდეს დიფერენცირება წყლულოვანი სისხლდენებისა თრომბოჰემორაგიული სინდრომისაგან და ჰემატოლოგიური დაავადებების ფონზე გამონეული ანემიისაგან. გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს ნაჩვენებია კოაგულოგრამის გაკეთება (სისხლის შედედების დრო, პროთრომბინის ინდექსი, ჰეპარინის დონე, ფიბრინოლიზური აქტივობა), თრომბოელასტოგრამა, თრომბოციტებისა და სისხლძარღვოვანი ჰემოსტაზის გამოკვლევა.

გასტროდუოდენალური სისხლდენის უხშირეს მიზეზს წარმოადგენს 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის უკანა კედლის წყლულებიდან სისხლდენა, უფრო ნაკლებად წინა კედლის წყლულებიდან. შედარებით იშვიათად კუჭის პილორულ ნაწილში წყლულოვანი დეფექტების ლოკალიზაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს წყლულოვანი დაავადებისა და მისი გართულებების მიმდინარეობაში. პოსტულბალური, ანუ 12-გოჯა ნაწლავის პოსტულბალური-დისტალური წყლულები ხასიათდებიან უფრო ხანგრძლივი მკურნალობისა და ხშირი რეციდივებით, ვიდრე პროქსიმალურად მდებარე დეფექტები.

სასწრაფო ენდოსკოპიის დროს სისხლდენის წყაროს დადგენისას ასევე ფასდება გასტროდუოდენალური მიდამოს მორფოფუნქციონალური მდგომარეობა, პილორული სფინქტერის, 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვისა და ბულობოდუოდენალური გასასვლელი. ითვლება, რომ 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის გამოხატული შეხორცებითი დეფორმაციის, მკვეთრი დიფუზური ჰიპერემიის, შეშუპების ფონზე განვითარებული წყლულოვანი დეფექტი წარმოადგენს პროგნოზულად არასასურველ ნიშანს, რომელსაც აქვს მიდრეკილება მორეციდივე სისხლდენებისადმი.

მწვავედ განვითარებული გასტროდუოდენალური სისხლდენა, მწვავე ეროზიები და წყლულები, რომლებიც ვითარდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანი გარსის დაზიანებისას, უმეტესად გვხვდება გასტროდუოდენალურ მიდამოში და წარმოადგენს მეორად გართულებას ისეთი დაავადებების დროს, როგორცაა: ც.ნ.ს.-ის და თავის ქალის მძიმე ტრავმები (კუშინგის წყლულები), სხეულის თერმიული დამწვრობა (კურლინგის წყლულები) ანთებისსაწინააღმდეგო არაჰორმონალური მედიკამენტების მიღების შედეგად განვითარებული წყლულები, მძიმე ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ განვითარებული სტრესული წყლულები.

ზემოთ მოყვანილი არ ასახავს სრულად წყლულის წარმოქმნის რთულ პათოგენეზურ მექანიზმს, კერძოდ ჰორმონების, მედიატორების და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ზემოქმედებას აღნიშნულ პროცესზე, მაგრამ უკვე წარმოდგენილი სტრესული წყლულის წარმოქმნის პათოგენეზური რგოლების გათვალისწინება საშუალებას იძლევა ჩატარდეს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილებიდან სისხლდენის შემთხვევაში, ფიბროენდოსკოპიას ალტერნატივა არ აქვს, სრულდება როგორც დიაგნოსტიკური, ასევე სამკურნალო მიზნებით. ინტერვენციული ენდოსკოპია უნდა ჩატარდეს ქირურგი-ენდოსკოპისტების მიერ, რომლებსაც აქვთ სისხლდენის შემაჩერებელი სხვადასხვა მეთოდების შესრულების გამოცდილება. გადაუდებელი ენდოსკოპია უნდა ჩატარდეს ჰემოსტაზის კორექციების ფონზე.

ჰემოსტატიკური ენდოსკოპიური მიდგომები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის დროს რჩება რთულ ჩარევად, გამოცდილი ენდოსკოპისტებისთვისაც. დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა გამოკითხვამ გამოავლინა, რომ 16 სხვადასხვა პედიატრიულ ცენტრში მხოლოდ 19% აცხადებს, რომ ყველა მათი კონსულტანტი ფლობდა ყველა ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის ტექნიკას. მხოლოდ ცენტრების ნახევარს ჰქონდა 24 საათიანი დახმარების სერვისი, საიდანაც 69% შეასრულეს ბავშვთა ქირურგებმა [1,6].

მასალა და მეთოდები, დიკუსია. გასტროდუოდენალური სისხლდენით ავადმყოფთა მკურნალობა ტარდებოდა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების ცენტრალური და პერიფერიული ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების კონტროლით.

მედიკამენტოზური მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს დაკარგული მოცირკულირე სისხლის შევსებისაკენ, ინფუზური და ჰემოსტატიკური თერაპიის მეშვეობით (ამინოკაპრონის მუჟავა, ალბუმინი, კრიოპლაზმა, და სხვა).

შოკის შემთხვევაში ინტრავენურად ესხმება თანამოსახელე ჯგუფის ერთროციტალური მასა, რომლის უპირატესობას წარმოადგენს მისი უნივერსალობა-ABO სისტემის მიხედვით დაბალი რეაქტოგენურობა.

უკანასკნელ ხანს მედიკამენტებიდან ფართოდ გამოიყენება პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების ინექციური ფორმები. როგორცაა პანტოპრაზოლი, ესომეპრაზოლი, რომლებიც ამცირებენ მარილმუჟავას გამოყოფას და ინვევენ წყლულოვანი დეფექტების სწრაფ შეხორცებას. ინფუზიამათით პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის ინტრავენური ინფუზია 1-2მგ/კგ წონაზე ჩაუტარდა გასტროდუოდენალური სისხლდენით ჰოსპიტალიზირებულ ყველა პაციენტს. აღნიშნული ინფუზიით ხდება კუჭის შეცვლა pH-2 დან - pH-6 მდე. კუჭის მუჟავიანობის შეცვლა განპირობებულია პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის მოქმედების მექანიზმით, რადგან განსხვავებით ჰისტამინის H2 რეცეპტორების ბლოკატორებისგან ხდება ინჰიბიცია არამარტო ჰისტამინის, არამედ გასტრინისა და აცეტილქოლინის, რომლებიც წარმოადგენენ კუჭის მუჟავიანობის წარმოქმნელ და მასტიმულირებელ ჰორმონებსა და ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს.

მწვავედ განვითარებული კუშინგის, კურლინგის, მძიმე ოპერაციის შემდგომი მედიკამენტოზური წარმოშობის წყლულების პროფილაქტიკის მიზნით რეკომენდებულია ძირითადი დაავადების კომპლექსურ მკურნალობაში დაენიშნოს კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის ლორწოვანი გარსის და ანტაციდური პრეპარატების ხანგრძლივი კურსი პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორით [2].

ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ჰელიკობაქტერიული ეტიოლოგიის წყლულებიდან სისხლდენებით 40 პაციენტი, ყველა პაციენტი კლინიკაში შემოსვლისას უფიქსირდებოდა გასტროდუოდენალური სისხლდენის გარეგანი ნიშნები: სისხლიანი ღებინება, მელენა (კუპრისფერი განავალი). სისხლძარღვოვანი კოლაფსის განვითარებისათვის დამახასიათებელი: საერთო სისუსტე, კანისა და ლორწოვანი გარსის სიფერმკრთალე, წნევის დაქვეითება, თავბრუსხვევა, ზოგჯერ გონების დაკარგვა.

ნაღებინები მასის შეფერილობა შეიძლება იყოს სხვადასხვა, რაც დაკავშირებულია სისხლდენის სიმძიმეზე და სიჩქარეზე. პროფუზური ჰემორაგიებისას ღებინება მალე ვითარდება და ამონაღები მასა შეიცავს შეუცვლელ სისხლს. კუჭიდან მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის სისხლდენის დროს კი ნაღებინები მასა მოშავო-ყავისფერია, რადგან კუჭში საშუალო რაოდენობით ჩაღვრილ სისხლში ჰემოგლობინი მარილმუჟავას მოქმედებით გარდაიქმნება მარილმუჟავა ჰემატინად, რომელსაც აქვს აღნიშნული ფერი. სისხლიანი ღებინება აღნიშნებათ ავადმყოფების მხოლოდ ერთ მესამედს. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის დისტალური და პოსტბულბალური წყლულებიდან სისხლდენის დროს სისხლიანი ღებინებას შეიძლება ადგილი არ ჰქონდეს. ყველა პაციენტი აღნიშნებოდა მელენა.

დაავადების დაწყებიდან ჰემოგლობინის და ერთროციტების დაკლება ვითარდება 12-24 საათის შემდეგ, როცა ხდება სისხლის გათხევადება ქსოვილოვანი სითხით, ამიტომ ნაჩვენებია მათი დინამიკაში გამოკვლევა. სისხლდენის დროს ვითარდება პოსტჰემორაგიული ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ედს-ის მომატებით. თრომბოციტების განსაზღვრას აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, რათა მოხდეს დიფერენცირება წყლულოვანი სისხლდენებისა, თრომბოჰემორაგიული სინდრომისაგან და ჰემატოლოგიური დაავადებების ფონზე გამონვეული

ანემიისაგან. გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს ნაჩვენებია კოაგულოგრამის გაკეთება (სისხლის შედედების დრო, პროთრომბინის ინდექსი, ჰეპარინის დონე, ფიბრინოლიზური აქტივობა), თრომბოელასტოგრამა, თრომბოციტებისა და სისხლძარღვოვანი ჰემოსტაზის გამოკვლევა.

ავადმყოფებს ჩაუტარდათ ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია, რომლის მიზანია დადგინდეს: სისხლდენის ინტენსიობა, წყარო, მდებარეობა, წყლულის სიღრმე და ზომები, შეფასდეს ენდოსკოპიური ადგილობრივი ჰემოსტაზის საიმედოობა კომპლექსურ ჰემოსტატიკურ მკურნალობასთან ერთად. აქედან გამომდინარე ფიბროენდოსკოპიას აკისრია წამყვანი როლი მკურნალობის ტაქტიკის არჩევის საკითხში. სამკურნალო ენდოსკოპიური ჰემოსტაზური ღონისძიებების თანმიმდევრობა დაკავშირებულია სისხლდენის ეტიოლოგიასთან და ინტენსივობასთან, საშუალო სიმძიმის სისხლდენის დროს, როცა სისხლდენა არააქტიურია, ან შეჩერებულია ვარდისფერი თრომბით.

სისხლდენების დროს ენდოსკოპიური ინტერვენციის აუცილებლობის დასადგენად გამოვიყენეთ „შეფილდის ქულათა სისტემა“ [1,6], რომელიც ფასდება მაქსიმალური 24 ქულით.

შეფილდის ქულების სისტემა: საერთო ქულა: 24

ანამნეზის შეკრება: მნიშვნელოვანი წინასწარ არსებული მდგომარეობა: 1 ქულა. მელენას არსებობა: 1 ქულა. ანამნეზით სისხლიანი ღებინების ეპიზოდები: 1 ქულა.

კლინიკური შეფასება: გულისცემა > 20 (ასაკის საშუალო ნორმიდან): 1 ქულა. გახანგრძლივებული CRT (კაპილარული ავსების დრო): 4 ქულა.

ლაბორატორიული მონაცემები: ჰემოგლობინი შემცირება > 20 ერთეულით მეტი: 3 ქულა.

მენეჯმენტი და რეანიმაცია: სითხის ბოლუსის საჭიროება: 3 ქულა. სისხლის გადასხმის საჭიროება (Hb < 80 გ/ლ): 6 ქულა. სისხლის სხვა პროდუქტების საჭიროება: 4 ქულა.

8 ქულაზე მეტი ითვლება ინტერვენციის ჩვენებად. „შეფილდის ქულათა სისტემას“ ჰქონდა დადებითი პროგნოზირებადი მნიშვნელობა 91.18%, სისტემა სასარგებლოა იმის დასადგენად, თუ რომელ პაციენტს სჭირდება ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური მკურნალობა [3,4].

ჩვენს მიერ შემუშავებული და დანერგულია წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენის ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის მართვის კომპლექსური მეთოდები:

1. ენდოსკოპიური ნემს-ინექტორის საშუალებით 1მლ. ადრენალინის განზავებული 20 მლ. ფიზიოლოგიურში პერიულცერალურად 4-5 წერტილში ლორწვევა შრეში შეყვანა (ამ შემთხვევაში უკუნაჩვენებია ფტოროტანით ან ნარკოტანით ინჰალაციური ანესთეზია).
2. სპირტი 70% 1 მლ. განზავებული ფიზიოლოგიურში - ლორწვევა შრეში შეყვანა.
3. ელექტროკოაგულაცია კონტაქტური, ელექტროჰიდროკოაგულაცია - სისხლმდენი წყლულოვანი დეფექტის ირგვლივ.
4. კაპიროლის ან ვაგოტილის 2 მლ. განზავებული 1 მლ. ფიზიოლოგიურ ხსნარში, სპეციალური ენდოსკოპიური კათეტერით აპლიკაცია წყლულოვან დეფექტზე.
5. ენდოსკოპიური კლიპირებები. აქტიური სისხლდენების დროს (ფორესტი 1-ა ან 1-ბ ფორმების დროს).



სურათი 2. ფორესტის კლასიფიკაცია სისხლდენის შესაფასებლად

ბოლო წლებში ენდოსკოპიის არსენალს დაემატა ეფექტური ჰემოსტატიკური ფხვნილები. აღნიშნული ნივთიერებები გამოიყენება აქტიური სისხლდენების დროს. ენდოსკოპიური კათეტერით ხდება ფხვნილის შეფრქვევა სისხლდენის წყაროზე. შეფრქვეული ფხვნილის მიერ ხდება სისხლის თხიერი ნაწილის შენოვა. ლოკალურად თრომბოციტები აქტივირდება, წარმოიქმნება მყარი მექანიკური ბარიერი გელის სახით, რაც იწვევს ჰემოსტაზს. დღესდღეობით არსებობს ორი კომერციული ჰემოსტატიკური საშუალება „ჰემოსპრეი“ და „ენდოქლოტი“. მათი უპირატესობაა ის, რომ არ არის საჭირო დამიზნებით იყოს შეფრქვეული სისხლდენის წყაროზე, რაც ამარტივებს მის გამოყენებას რთული ანატომიური ლოკალიზაციის ან კუჭის კარდიალური ნაწილის ინვერსიულად დათვალიერების დროს, როდესაც ძნელია სისხლმდენი წყაროს კლიპირება ან კოაგულაცია. მარტივი გამოყენების გამო შესაძლებელია შესრულდეს გამოუცდელი სპეციალისტის მიერ. ამ მეთოდის გამოყენებისას არ ხდება პირდაპირი კონტაქტი სისხლმდენ ქსოვილთან, იცავს ქსოვილს მექანიკური შეხებისგან, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენის ინტენსიობის მომატება ან კედლის პერფორაცია, რაც იშვიათ შემთხვევებში შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვა მექანიკური ჰემოსტატიკური საშუალებების დროს.

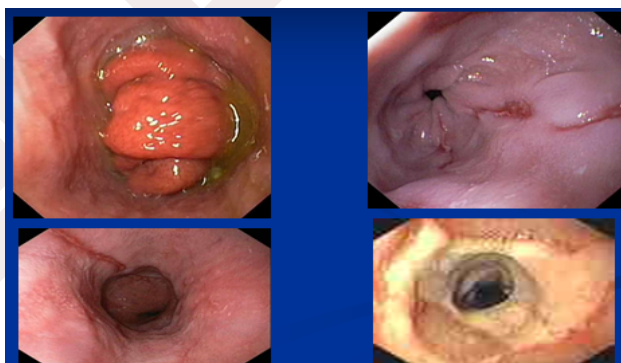
ენდოქლოტი - არატოქსიური, ჰემოსტატიკური, მისაფრქვევი პოლიმერული ნაწილაკები მიღებულია მცენარეული სახამებლისგან, ბიოშეთავსებადია და აპიროგენული. პრეპარატის მოლეკულური სტრუქტურა საშუალებას იძლევა სწრაფად შეინოვოს სისხლი, ხდება თრომბოციტების, ერითროციტების, კოაგულაციური ცილების (თრომბინი, ფიბრინოგენი) კონცენტრაციის მომატება, აჩქარებს სისხლის შედედების ფიზიოლოგიურ რეაქციას, წარმოქმნილი გელი ხდება სისხლის გამოდინების ბარიერი. რამოდინიმე დღეში წარმოქმნილი აპკი გამოიყოფა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტით.

ჩვენი მიზანი იყო ენდოქლოტის გამოყენება სხვადასხვა ხარისხის სისხლდენების დროს (ფორესტის კლასიფიკაციით), გასტროდუოდენალური არაჰემორაგიული სისხლდენებით 10 პაციენტზე.

სრული შედეგი მიღწეულ იქნა 6 პაციენტზე წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენით ფორესტის კლასიფიკაციით 1-B, 2-A, 2-B სტადიების დროს გამოყენებული მონოთერაპიის სახით. ასევე მელორი ვეისის სინდრომის დროს 2 პაციენტზე. 2 პაციენტზე, რომლებსაც აღენიშნებოდათ 1-A (ძლიერი სისხლდენა ფხვნილის აპლიკაციას წინ უსწრებდა ლორწოქვეშა ეპინეფრინის ინექციები, შემდეგ ენდოქლოტით აპლიკაცია და ენდოკლიპირება).

პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის ინფუზია გრძელდებოდა ვიდრე ფეკალური მასები არ შეიცვლიდნენ ფერს. შემდეგ მკურნალობა გრძელდებოდა აბების სახით, მინიმუმ 5-6 კვირა.

გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსური დაავადების ფონზე განვითარებული წყლულოვანი ეზოფაგაგიტებიდან სისხლდენები, მათ შორის საყლაპავის ჰიატალური თიაქრის დროს - 10 პაციენტი. წყლულოვანი დეფექტების ხარისხის დასადგენად ვიყენებდით ლოს-ანჟელესის კლასიფიკაციას.



სურათი 3. საყლაპავის თიაქარი-პროლაფსით, გასტროეზოფაგალური რეფლუქსური დაავადება, ლოს-ანჟელესის კლასიფიკაციით; სტადია A - ეროზიულ-წყლულოვანი სიგრძივი დეფექტები ზომით 5 მმ მდე. სტადია B - ეროზიულ-წყლულოვანი სიგრძივი დეფექტები ზომით 5 მმ მეტი. სტადია C - სანათურის ცირკულარული დეფორმაცია 75% მდე

სისხლდენის მიზეზი შეიძლება აიხსნას კარდიალური სფინქტერის უკმარისობის ფონზე გამოწვეული კუჭის მუჯავე შიგთავსის რეფლუქსით საყლაპავ მილში და მისი კარდიალური ნაწილის ლორწოვანზე სხვადასხვა ზომის სიგრძივი პეპტიური წყლულების წარმოქმნით. ყველა პაციენტს

ჩატარდა ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური აპლიკაცია ენდოქლოტით - 12 პაციენტს, მიღებული იქნა სრული ჰემოსტაზი. 3 პაციენტს - კაპიროლის ხსნარით.

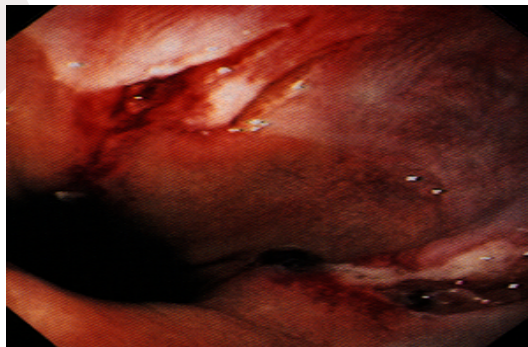
ღიაგნოზის დაზუსტებისთანავე დაიწყო კონსერვატიული მკურნალობა პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის ინტრავენური ინფუზიით და ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური მანიპულაციების გამოყენებით. შემდგომი მკურნალობა გრძელდებოდა პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის ტაბლეთრებული სახით, ხოლო სტადია - C , როდესაც სანათური შევიწროებულია 70%-ით, ჩატარდა მრავალჯერადი ენდოსკოპიური ბალონური დილატაციები.

მელორი ვეისის სინდრომი. მელორი-ვეისის სინდრომი მწვავედ განვითარებული გასტროდუოდენალური სისხლდენაა, რომელიც ხასიათდება ლორწოვანი გარსის სიგრძივი ნახეთქებით კუჭის კარდიალურ და სუბკარდიალურ ნაწილში. შეუჩერებადი და ძლიერი ღებინებების და შეტევითი ხველის დროს, კუჭში და საყლაპავის ქვედა მესამედში მკვეთრად იცვლება წნევა. კუჭში წნევის სწრაფი მომატების ფონზე წარმოიქმნება პერისტალტიკური ტალღები. პილორული სფინქტერი დახურულია, ხოლო კარდიალური - დილატირებული, რის გამოც კუჭის შიგთავსი ამოდის. კარდიალურ სფინქტერში კუჭის კარდიალური ნაწილი იჭიმება და ხდება მისი პროლაფსი საყლაპავში, წარმოიქმნება ლორწოვანზე სიგრძივი ნახეთქები.

ჰემატომეზესი - წარმოადგენს ნამყვან სიმპტომს, ღიაგნოზი არ არის დამოკიდებული სისხლის რაოდენობაზე, რადგან შესაძლოა აღენიშნებოდეს სისხლის რამოდენიმე წვეთი ან სისხლი იყოს უხვი რაოდენობით. მელენა - ფიქსირდება 15% პაციენტებში, რომელთაც დაუდგინდათ მელორი-ვეისის სინდრომის არსებობა.

მელორი-ვეისის სინდრომის ღიაგნოსტიკა ძირითადად ხდება ფიბროგასტროდუოდენოსკოპიით, რომლის დროსაც კუჭის კარდიალურ ნაწილში ლორწოვანზე ჩანს ერთეული ან მრავლობითი ნახეთქები. ნახეთქების მიმართულება სიგრძივია, სისხლდენა ზომიერი, შეიძლება ინტენსიურიც. ლორწოვანის ნახეთქების კედლები მკვეთრად შეშუპებულია, ზოგ ადგილას მიფარებულია ახალი კოლტით ან ფიბრინით. უმეტეს შემთხვევაში ნახეთქები ლოკალიზდებიან კუჭის კარდიალური ნაწილის უკანა კედელზე, მცირე სიმრუდისკენ ახლოს. ზომების მიხედვით ნახეთქი შეიძლება იყოს მცირე ზომის (1 სმ-მდე), საშუალო (1-დან 2 სმ-მდე) და დიდი ზომის (2 სმ და მეტი). ენდოსკოპია უნდა ჩატარდეს სისხლდენის პირველი ეპიზოდიდან 12-24 სთ-ში, აღნიშნულ პერიოდში ვიზუალურად ნახეთქი ახალია, ლორწოვანს აქვს მონითალო-მოყავისფრო ფერი. 48-72სთ-ში ნახეთქი შესაძლოა დაფარული იყოს ერითრომატოზული გარსით. 96-სთ-ში ნახეთქი კარგად არის შეხორცებული და მათი გარჩევა ჭირს. იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლდენის გამო ჰემოდინამიკა დარღვეულია, ენდოსკოპიურ კვლევამდე უნდა მოხდეს პაციენტის სტაბილიზაცია.

იმ შემთხვევაში, თუკი სისხლდენა აქტიურია და არ ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას, საჭიროა ენდოსკოპიური ჩარევა: შესაძლოა დაედოს საყლაპავში ენდოსკოპიური კლიპები, ასევე სისხლდენის კონტროლისთვის შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ენდოსკოპიური ინექციები. ინექცია კეთდება სისხლდენის ადგილიდან დაახლოებით 5მმ მოშორებით, შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ინექცია განზავებული ეპინეფრინის ხსნარით, 30%-იანი ეთილის სპირტით, ნატრიუმის ტეტრადეცილის სულფატით. ასევე არჩევითი ენდოსკოპიური პროცედურაა კოაგულაციური თერაპია.



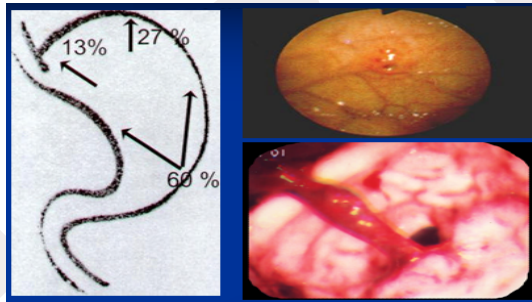
სურათი 4. მელორი ვეისის სინდრომი პაციენტი 12 წლის. ღრმა სიგრძივი ნახეთქები საყლაპავისა და კუჭის კარდიალურ ნაწილში

ჩვენი მასალა და მეთოდები. ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა მელორი-ვეისის სინდრომის ფონზე განვითარებული სისხლდენებით 15 პაციენტი, ყველა მათგანს სისხლდენამდე

აღნიშნებოდა ძლიერი ხასიათის მრავლობითი ღებინებები, რასაც მოყვა სისხლიანი ღებინება, სისხლის რაოდენობა მერყეობდა სხვადასხვა პაციენტებში რამოდენიმე წვეთიდან სისხლის ჭარბ რაოდენობამდე (ჰემატომეზისი). იმ პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებოდათ სისხლიანი ღებინება უხვი მასებით და მეღვინა, ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის ვარდნა დაწყებული კონსერვატიული თერაპიის ფონზე, ჩატარდა ენდოსკოპიური კვლევა. 5 პაციენტს აღნიშნებოდა მეღვინა. ენდოსკოპიური სისხლდენის შეჩერება საჭირო გახდა 10 პაციენტთან, იმ პაციენტებს, რომელთაც აღნიშნებოდათ ღრმა ნახეთქი (4 პაციენტი), ჩატარდა ენდოსკოპიური ინექცია 30% ეთილის სპირტით. დამატებით ენდოსკოპიურად ჩატარდა აპლიკაცია კაპიროლით, რის შემდეგ მიღწეული იქნა სრული ჰემოსტაზი, განმეორებითი სისხლდენა არცერთ პაციენტს არ ჰქონია.

დიელაფუას დაზიანება (სინდრომი) წარმოადგენს სისხლძარღვოვან პათოლოგიას, ბავშვებში იშვიათია. პირველად აღწერილია ფრანგი ქირურგის დიელაფუას მიერ 1898 წელს, როგორც იშვიათი სისხლდენის მიზეზი. ხდება კუჭის ლორწოქვეშა არტერიის (ზომით 1-5 მმ) გაურკვეველი მიზეზით დაზიანება, იკლავება, მატულობს დიამეტრში, ზოგჯერ 10-ჯერ აღემატება ლორწოქვეშა ნორმალური არტერიის დიამეტრს, ზომაში მომატების გამო ამოიწვეს ლორწოვანი გარსისკენ და შესაძლებელია გამოიწვიოს მძიმე სისხლდენა [5,6,7].

პათოლოგია არ არის დაკავშირებული წყლულოვან დაავადებასთან და მის ეთიოპათოგენეზთან. უხშირესად ვითარდება ფუნდალურ და კარდიალურ ნაწილში. ლიტერატურული მონაცემებით მოზრდილებში არავარიკოზული სისხლდენების 6% გამოწვეულია დიელაფუას დაზიანებით.



სურათი 5. დიელაფუას დაზიანება, წარმოდგენილია კუჭის სხვადასხვა ნაწილებში განვითარების სიხშირე პროცენტებში. სისხლდენის ინტენსიობა ფორესტის კლასიფიკაციით 1A (არტერიული სისხლდენა), ზედა სურათზე სისხლდენის შეჩერების შემდეგ დეფექტი სისხლძარღვზე

ჩვენი მასალის მიხედვით, აღნიშნული დიაგნოზით გვყავდა 3 პაციენტი, ასაკი 3-დან 5 წლამდე, ყველა პაციენტს აღნიშნებოდა უეცრად დაწყებული გასტროდუოდენალური სისხლდენა, მასიური სისხლიანი ღებინებით, მეღვინა, მკვეთრად პროგრესირებადი ჰემორაგიული ანემიის სურათი, ჰემოგლობინი 7გრ/დლ ფარგლებში, ყველა პაციენტი საჭიროებდა ერთროციტული მასის ინფუზიებს კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში. ყველა პაციენტთან ჩატარებული იქნა სედაციის ქვეშ, სასწრაფო ჩვენებით, ემოფაგოგასტროსკოპია, სისხლმდენი არტერიის კლიპირებით.



სურათი 6. დიელაფუას სისხლდენის შეჩერება ენდოსკოპიური კლიპირებით

დიელაფუას დაზიანება არის უეცარი მასიური კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის იშვიათი მიზეზი ბავშვებში. უეცრად დაწყებული პროგრესირებადი ანემიის შემთხვევაში უნდა

ჩათვალოს დიფერენციალურ დიაგნოზში მასიური ჰემატემების გამო. დღესდღეობით ენდოსკოპიის მიღწევებით, როგორც დიაგნოსტიკური, ასევე სამკურნალო ინტერვენციებიდან, დიელაფუს დაზიანების შემთხვევაში აუცილებლად მიგვაჩნია სისხლძარღვის მხოლოდ ენდოსკოპიური ჰემოკლიპირება.

დასკვნა: არავარიკოზული კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა მნიშვნელოვანი პრობლემაა პედიატრიულ პოპულაციაში და ენდოსკოპია გადამწყვეტ როლს ასრულებს, როგორც დიაგნოზის დასმაში, ასევე მკურნალობის ტაქტიკაში. ისეთი კლასიფიკაციის სისტემების გამოყენება, როგორცაა ფორესტისა და შეფილდის კლასიფიკაციები, ხელს უწყობს სისხლდენის სიმძიმის შეფასებას და მართვის შესაბამისი სტრატეგიების წარმართვას. კლინიკის გამოცდილებით დანერგილმა ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური მკურნალობის მიდგომამ გააუმჯობესა შედეგები, პედიატრიულ პაციენტებში, კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის სისხლდენით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Mike Thomson, Dalia Belsha. Endoscopic management of acute gastrointestinal bleeding in children, Journal of Pediatric Surgery, 2016, 206-210.
2. Susan Owensby, Kellee Taylor, Thad Wilkins. Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in Children. JABFM. 2015; 28(1):134-145.
3. Berkowitz JC, Bhusal S, Desai D, Cerulli MA, Inamdar S. Downhill Esophageal Varices Associated With Central Venous Catheter-Related Thrombosis Managed With Endoscopic and Surgical Therapy. ACG Case Rep J. 2016 Aug 17;3(4):e102. doi: 10.14309/crj.2016.75.
4. Cappell MS, Friedel D. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: endoscopic diagnosis and therapy. Med Clin North Am. 2008 May;92(3):511-50, vii-viii. doi: 10.1016/j.mcna.2008.01.001.
5. Lirio RA, Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in Children: Variceal and Nonvariceal. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2016; 26(1):63-73.
6. Afzal NA., Lloyd C., Narula P. Variation in upper GI bleeding service provision for children in the United Kingdom – a nation-wide survey, Archives of Disease in Childhood, 04/2016, Volume 101, Issue Suppl 1.
7. Takaki Emura, Kenji Hosoda, Shota Harai, Noboru Oyachi, Takeyuki Suzuki, Ken Takada, Koji Kobayashi, Hisatake Ikeda. “Dieulafoy lesion in a two-year-old boy: a case report”; Journal of Medical Case Reports. 2016; 10:293.

ნიკოლოზ ბუაძე, ავთანდილ კუტუბიძე, მერაბ ბუაძე

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის არავარიკოზული სისხლდენების ენდოსკოპიური მეთოდებით მკურნალობა ბავშვებში

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, გ. უვანიას სახ. პედიატრიის აკადემიური კლინიკა

რეზიუმე

არავარიკოზული კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა მნიშვნელოვანი პრობლემაა პედიატრიულ პოპულაციაში და ენდოსკოპია გადამწყვეტ როლს ასრულებს, როგორც დიაგნოზის დასმაში, ასევე მკურნალობის ტაქტიკაში. ისეთი კლასიფიკაციის სისტემების გამოყენება, როგორცაა ფორესტისა და შეფილდის კლასიფიკაციები, ხელს უწყობს სისხლდენის სიმძიმის შეფასებას და მართვის შესაბამისი სტრატეგიების წარმართვას. კლინიკის გამოცდილებით დანერგილმა ენდოსკოპიური ჰემოსტატიკური მკურნალობის მიდგომამ გააუმჯობესა შედეგები პედიატრიულ პაციენტებში, კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტის სისხლდენით.

