

## Terapijas pielietojums augsta un zema riska pacientiem ar kuņģa un zarnu trakta asiņošanu Paula Stradiņa KUS Neatliekamās medicīnas centrā

Polīna Zaļizko<sup>1</sup>, Agnese Ozoliņa<sup>2,3</sup>, Valērijs Ratobiļskis<sup>4</sup>, Indulis Vanags<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Rīgas Stradiņa universitāte, Medicīnas fakultāte, Latvija

<sup>2</sup> Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Sirds ķirurģijas anestezioloģijas un intensīvās terapijas nodaļa, Latvija

<sup>3</sup> Rīgas Stradiņa universitāte, Anestezioloģijas un reanimatoloģijas katedra, Latvija

<sup>4</sup> Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Neatliekamās medicīnas centrs, Latvija

**Ievads.** Kuņģa un zarnu trakta asiņošana (KZA) ir akūta situācija, kad ir nepieciešama pacienta neatliekama stacionēšana Neatliekamās medicīnas centrā (NMC). Pēc Veselības ekonomikas centra datiem katru gadu KZA dēļ stacionē vairāk nekā 900 pacientu, mirstība ir 5,3%. Tā kā ir iespējama efektīva endoskopiska KZA terapija, operēti tiek ~12,2% no visiem pacientiem ar asiņošanu. Riska novērtēšanai pacientiem ar KZA var izmantot *Glasgow-Blatchford* skalu, terapijas taktikas izvēlei.

**Darba mērķis.** Izvērtēt pielietoto terapiju augsta un zema riska pacientiem ar KZA Paula Stradiņa KUS Neatliekamās medicīna centrā.

**Materiāls un metodes.** Prospektīvā pētījumā iekļauti 24 pacienti ar KZA, stacionēti P. Stradiņa KUS NMC no 2012. gada septembra līdz 2013. gada februārim. Izvērtēts pacienta iedalījums augsta vai zema riska kategorijā pēc *Glasgow-Blatchford* skalas, ietverot šādus kritērijus: sistoliskais asinsspiediens, pulss, melēna vai ģibonis, hemoglobīna (Hb) un *urea* līmenis. I grupa (n = 16) ir augsta riska un II grupa (n = 7) – zema riska pacienti. Tika analizēts pacientu dzimums, vecums, KZA iemesls, pielietotā terapija, laiks NMC un standarta koagulācijas testi: aktivētais parciālais tromboplastīna laiks (APTL), protrombīna laiks (PL), starptautiskais indekss (INR), antitrombīns III (ATIII), fibrinogēns, D-dimēri, kā arī Hb, hematokrīta (Ht), eritrocītu un trombocītu izmaiņas dinamiskā trīs laika periodos: T1 pacientam iestājoties NMC; T2 pēc 6–8 h, kad pacients ir saņēmis primāro terapiju; T3 pēc 12–24 h, kad pacients ir saņēmis aktīvu terapiju stacionārā. Dati analizēti ar SPSS® 20.0 versiju.

**Rezultāti.** 24 pacienti (17 sievietes, 7 vīrieši), vidējais vecums  $68 \pm 14$  gadi, laiks NMC I grupai  $82 \pm 17$  min, II grupai  $126 \pm 80$  min,  $p = 0,04$ . Pielietotā terapija NMC: I augsta riska, salīdzinot ar II zema riska grupu, statistiski ticami biežāk veica augšējo endoskopiju  $n = 13$  (81%) vs.  $n = 5$  (62%);  $p < 0,05$ . Endoskopijas laikā hemostāzi ar lokālām adrenalīna injekcijām I grupā veica 4 pacientiem, II grupā 1 pacientam. No antacīdiem līdzekļiem I grupai biežāk lietoja i/v terapiju ar *Lomac* 80 mg ( $n = 8$ ), *Quamatel* 40 mg ( $n = 4$ ) un Omeprazolu 20 mg p/o ( $n = 2$ ). II grupai i/v terapija bija retāk *Lomac* 80 mg ( $n = 3$ ), *Quamatel* 40 mg ( $n = 1$ ), Omeprazols 20 mg p/o ( $n = 2$ ). T<sub>1</sub> laika periodā statistiski ticami atšķīrās Hb un Ht vērtības starp grupām: I gr. Hb  $72 \pm 22$  g/l, Hct  $21 \pm 6\%$  un II gr. Hb  $92 \pm 22$  g/l, Hct  $28 \pm 7\%$ , attiecīgi  $p = 0,047$ ;  $p = 0,017$ , kaut gan I gr. EM un SSP transfūzijas saņēma vairāk pacientu ( $n = 9$ ) nekā II gr. ( $n = 2$ ),  $p = 0,035$ . Salīdzinot abās grupās koagulācijas rādītājus un KZA iemeslus, tie statistiski ticami neatšķīrās ( $p > 0,05$ ).

**Secinājumi.** NMC etapā neatliekama augšējā endoskopija un asins produktu transfūzijas tika veiktas statistiski ticami biežāk pacientiem ar augstu risku, apliecinot *Glasgow-Blatchford* skalas lietošanu KZA riska izvērtēšanā, augšējo endoskopiju izmantojot gan iemesla precizēšanai, gan terapijas nolūkos. Biežākie KZA iemesli abās riska grupās bija līdzīgi – kuņģa vai duodena čūlas asiņošana. Augsta riska pacienti pavadīja īsāku laiku NMC un ātrāk tika stacionēti intensīvās terapijas vai ķirurģiskajās nodaļās.