

© Петрушенко В.В., Коваль В.М., Білощицький В.Ф., Гребенюк Д.І., Собко В.С., Радьога Я.В.

УДК: 616.33:616-072.1-71

Петрушенко В.В., Коваль В.М., Білощицький В.Ф., Гребенюк Д.І., Собко В.С., Радьога Я.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ТАКТИК ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ РЕЦИДИВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ҐЕНЕЗУ

Резюме. Мета дослідження - порівняти ефективність різних тактик лікування пацієнтів із високим ризиком рецидиву гастродуоденальних кровотеч виразкового ґенезу. Проаналізовано карти стаціонарних хворих, які госпіталізовані в центр шлунково-кишкових кровотеч у стані геморагічного шоку. Усі пацієнти мали високий ризик рецидиву кровотечі, який оцінювався за допомогою прогностичної шкали Rockall. Пацієнтів розподілено на групи (статистичний аналіз проводився у два етапи: першу групу становили 45 пацієнтів, яким проведено ендоскопічний гемостаз; до другої групи було включено 101 пацієнтів, які отримували консервативну противиразкову терапію; група 3 містила 32 пацієнтів, яким з приводу профузної кровотечі або її рецидиву було проведено оперативне лікування. Критеріями порівняння були частота рецидиву кровотечі, результат лікування, а також його тривалість.

Ключові слова: виразкова кровотеча, геморагічний шок, ендоскопічний гемостаз.

Вступ

Незважаючи на постійне удосконалення існуючих та впровадження нових хірургічних та ендоскопічних технологій, виразкові кровотечі протягом тривалого часу залишаються однією з найбільш актуальних проблем абдомінальної хірургії. Розвиток даного ускладнення виразкової хвороби супроводжується високою смертністю, яка за даними різних дослідників може досягати 20 % [1, 4]. Більшість оперативних втручань (86,4 %) у таких пацієнтів проводяться з приводу профузних кровотеч у перші години госпіталізації. Післяопераційна летальність у даному контингенті хворих становить 15-50 %, а у пацієнтів із рецидивними кровотечами цей показник досягає 80 % [1, 4].

Широке впровадження ендоскопії в клінічну практику дозволяє верифікувати джерело кровотечі у 72-98 % випадків [2, 4]. Найважливішим завданням ендоскопіста є оцінка активності кровотечі та стану локального гемостазу, при необхідності - проведення зупинки кровотечі або профілактика її рецидиву. Використання методик ендоскопічного гемостазу дозволило знизити рівень відкритих оперативних втручань на 72 % [1, 3, 4, 5].

Мета - порівняти ефективність різних тактик лікування пацієнтів із високим ризиком рецидиву гастродуоденальних кровотеч виразкового ґенезу.

Матеріали та методи

Дослідження являє собою ретроспективний та проспективний аналіз 376 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкового ґенезу. У досліджуваному контингенті 249 пацієнтів були чоловічої статі (66,2 %) та 127 - жіночої (33,8 %). Середній вік пацієнтів склав 57,3±11,8 років. Для чоловіків даний показник стано-

вив 55,6±13,1 років, для жінок - 63,5±13,4 роки.

В обстеженому контингенті, 154 пацієнти були госпіталізовані в стаціонар у стані геморагічного шоку. Усі пацієнти цієї вибірки мали високий ризик рецидиву кровотечі, який оцінювався за допомогою прогностичної шкали Rockall (1996). Мінімальна кількість балів у цій групі пацієнтів становила 4.

Всім пацієнтам ініціальну езофагогастродуоденоскопію виконували протягом перших 2 годин з моменту надходження в стаціонар. При необхідності проводився ендоскопічний гемостаз з метою зупинки кровотечі або профілактики її рецидиву. Серед методів ендоскопічного гемостазу застосовувались ін'єкційна ендоскопічна терапія (n=11 (24,4 %)), аргоноплазмова коагуляція (n=29 (64,4 %)), кліпування судини (n=2 (4,4 %)), а також їх комбінації (n=3 (6,8 %)). Хірургічне лікування з приводу профузної виразкової гастродуоденальної кровотечі або її рецидиву було проведено у 30 пацієнтів. Усі пацієнти, яким виконувались ендоскопічні або хірургічні втручання, мали клінічні ознаки геморагічного шоку різного ступеня важкості та мали високий ризик рецидиву кровотечі (кількість балів за шкалою Rockall (1996) становила не менше 4).

Абсолютно усі пацієнти нашого дослідження отримували медикаментозну терапію згідно чинних стандартів МОЗ України.

За характером та обсягом отриманого лікування всі пацієнти були розподілені на 3 групи. Група 1 включала 45 пацієнтів, яким було проведено ендоскопічний гемостаз. У групу 2 був включений 101 пацієнт, які отримували консервативну противиразкову терапію. Група 3 включала 32 пацієнти, які були прооперовані з приводу профузної кровотечі або її рецидиву. Критеріями порівняння були частота рецидиву кровотечі, результат лікування, а також його тривалість.

Усі одержані дані фіксувалися та піддавалися подальшій обробці із використанням пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати. Обговорення

Із 45 пацієнтів групи 1 ендоскопічний гемостаз у 31 випадку (68,9 %) був виконаний при ініціальной ендоскопії, а у 14 хворих (31,1 %) - при повторній. Ін'єкційна ендоскопічна терапія була застосована у 11 пацієнтів (24,4 %), аргонеплазмова коагуляція - у 29 (64,4 %), кліпування судини - у 2 (4,4 %), а також їх комбінації - у 3 випадках (6,8 %).

Ендоскопічний гемостаз був застосований при локалізації виразки в шлунку ($n=28$ (62,2 %)) та у дванадцятипалій кишці ($n=17$ (37,8 %)). У пацієнтів з виразками шлунку були використані усі з перерахованих методів ендоскопічного гемостазу, а у хворих із виразками дванадцятипалої кишки - ендоскопічна ін'єкційна терапія, аргонеплазмова коагуляція та їх комбінація. Методи ендоскопічного гемостазу застосовувались при кровотечах I та II-A стадіях за Forrest.

У групі 1 рецидив кровотечі був зафіксований у 3 (6,7 %) пацієнтів. У всіх випадках виразка локалізувалась у цибуліні дванадцятипалої кишки, на задній її стінці або була напівциркулярною. Розміри виразки варіювали від 1 до 3 см. У двох випадках рецидив кровотечі діагностовано впродовж першої доби після ендоскопічного гемостазу, пацієнти (віком 48 та 41 рік) були прооперовані та виписані зі стаціонару із одужанням. У третьому випадку рецидив кровотечі у пацієнта віком 74 роки стався через 120 годин після ендоскопічного гемостазу і був фатальним. Пацієнт мав декомпенсовану супутню патологію, кількість балів за шкалою Rockall становила 8. В усіх трьох випадках з метою ендоскопічного гемостазу була використана аргонеплазмова коагуляція. Таким чином, летальність склала 2,5%. Середній час перебування в стаціонарі склав $7,5 \pm 1,9$ діб.

Середній вік пацієнтів групи 2 становив $59,2 \pm 15,1$ років. Усі пацієнти мали не менше 4 балів за шкалою Rockall.

Серед пацієнтів групи 2 рецидив кровотечі був зафіксований у 34 випадках (33,7 %). Середній час розвитку рецидиву кровотечі - $1,4 \pm 0,6$ доби. У даній групі 22 (21,8 %) пацієнтів були прооперовані з приводу рецидиву кровотечі. Померло 16 (15,8 %) хворих. Середній час перебування в стаціонарі померлих хворих - $1,3 \pm 0,4$ доби. Середній час лікування пацієнтів групи 2 склав $6,7 \pm 1,9$ доби.

Порівняння якості лікування пацієнтів груп 1 та 2 було встановлено, що у пацієнтів групи 1, де стандартна медикаментозна терапія доповнювалась ендоскопічним гемостазом, достовірно нижчими, ніж у групі 2 (лише стандартна медикаментозна терапія), були частота рецидивів кровотечі ($p < 0,01$), летальність ($p < 0,01$) та середній час перебування в стаціонарі ($p < 0,05$).

Таким чином, застосування методів ендоскопічного

гемостазу дозволяє достовірно знизити ризик розвитку рецидиву кровотечі та летальність у порівнянні із стандартною консервативною противиразковою терапією. Менша тривалість лікування пацієнтів другої групи пояснюється невеликим часом перебування в стаціонарі померлих хворих ($1,3 \pm 0,4$ доби).

Із 32 прооперованих пацієнтів групи 3 22 (68,75 %) у якості показів до оперативного втручання мали рецидив виразкової кровотечі в стаціонарі, а 10 (31,25 %) - профузну виразкову кровотечу. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $58,3 \pm 12,8$ років. Час від моменту госпіталізації до виконання оперативного втручання склав $1,3 \pm 0,9$ доби. При виборі оперативного втручання перевага надавалась органозберігаючим операціям: у більшості пацієнтів ($n=26$ (81,25 %)) було виконано висічення виразки з подальшою дуодено- або гастропластикою. У 6 (18,75 %) пацієнтів було проведено секторальну резекцію шлунку. Рецидиву кровотечі не було зафіксовано у жодному випадку. Померли 4 (12,5 %) пацієнти. Причиною смерті в усіх випадках стала гостра серцева недостатність. Середній час лікування пацієнтів групи 3 становив $12,5 \pm 3,2$ доби.

Порівняння якості лікування пацієнтів груп 1 та 3 було встановлено, що у пацієнтів групи 1, де стандартна медикаментозна терапія доповнювалась ендоскопічним гемостазом, достовірно нижчими, ніж у групі 3 (стандартна медикаментозна терапія доповнена оперативним втручанням), були частота рецидивів кровотечі ($p < 0,01$), летальність ($p < 0,01$) та середній час перебування в стаціонарі ($p < 0,05$).

Таким чином, оперативне лікування дозволяє досягти надійного гемостазу, проте супроводжується вищою летальністю та більш тривалим перебуванням хворого в стаціонарі.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Розвиток геморагічного шоку у пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу на етапі госпіталізації достовірно збільшує ризик розвитку рецидиву кровотечі та підвищує показники летальності.

2. Застосування методів ендоскопічного гемостазу дозволяє достовірно знизити ризик розвитку рецидиву кровотечі та летальність у порівнянні із стандартною консервативною противиразковою терапією.

3. Оперативне лікування дозволяє досягти надійного гемостазу, проте супроводжується вищою летальністю та більш тривалим перебуванням хворого в стаціонарі.

Активне впровадження в клінічну практику ендоскопічної зупинки кровотечі дозволить у перспективі подальших розробок порівняти ефективність кожного окремого виду ендоскопічного гемостазу.

Список посилань

1. Белобородов, В. А., Антонов, В. Н. & Павлов, Л. Ю. (2010). Прогноз рецидива кровотечення и его профи-

лактика при хронических гастродуоденальных язвах. *Сибирский медицинский журнал*, 5, 15-19.

2. Кыжыров, Ж. Н., Сарсенгалиева, А. Р. & Туремира, А. С. (2015). Эндоскопические методы гемостаза при кро-

- вотечениях желудочно-кишечного тракта. *Вестник КазНМУ*, 2, 290-293.
3. Петрушенко, В. В. & Гребенюк, Д. І. (2014). Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечах виразкового ґенезу. *Шпитальна хірургія*, 1, 55-57.
4. Фомин, П. Д. & Никишаев, В. И. (2010). Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение. *Здоров'я України*, 5, 8-11.
5. Trawick, E. P. & Yachimski, P. S. (2012). Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: Controversies and areas of uncertainty. *World J of gastroenterology*, 11, 1159-1165.

Петрушенко В.В., Коваль В.М., Білощицький В.Ф., Гребенюк Д.І., Собко В.С., Радєга Я.В.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ТАКТИК ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Резюме. Цель исследования - сравнить эффективность разных тактик лечения пациентов с высоким риском рецидива гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза. Проведен анализ карт стационарных больных, госпитализированных в центр желудочно-кишечных кровотечений в состоянии геморрагического шока. У всех пациентов был высокий риск рецидива кровотечения, который оценивался при помощи прогностической шкалы Rockall. Все больные были разделены на группы (статистический анализ проводился в два этапа): первую группу составили 45 пациентов, которым проведен эндоскопический гемостаз; во вторую группу вошли 101 пациент, которые получали консервативное противоязвенное лечение; третью группу составили 32 пациента, прооперированных по поводу профузного язвенного кровотечения или его рецидива. Критериями сравнения были частота рецидива кровотечения, результат лечения, а также его длительность.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, геморрагический шок, эндоскопический гемостаз.

Petrushenko V.V., Koval V.M., Biloshchytskyi V.F., Grebeniuk D.I., Sobko V.S., Radoga Ya.V.

COMPARISON OF DIFFERENT TACTICS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF REBLEEDING OF GASTRODUODENAL ULCER HEMORRHAGE

Summary. The aim of the study was to compare of different tactics of treatment in patients with high risk of rebleeding after gastroduodenal peptic ulcer hemorrhage. The analysis of medical cards of patients who were admitted to the center for gastrointestinal bleeding with hemorrhagic shock was conducted. All patients had high risk of rebleeding which was estimated using Rockall scale. All patients were divided into groups: the first group consisted of 45 patients who underwent endoscopic hemostasis; the second group included 101 patients who received drug therapy; the third group consisted of 32 patients who were operated. The compare criterion was the frequency of rebleeding, treatment outcome, and its duration.

Keys: peptic ulcer bleeding, hemorrhagic shock, endoscopic hemostasis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Желіба М.Д.

Стаття надійшла до редакції 28.06.2017р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(0432)353216; vikusya.pet@gmail.com

Коваль Віктор Михайлович - зав. відділення ендоскопії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова, асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(0432)671361; abdom@vokl.org

Білощицький Володимир Францович - зав. відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(0432)671361, abdom@vokl.org

Гребенюк Дмитро Ігорович - к.мед.н., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)5954483; Doctor.Svo@gmail.com

Собко Вадим Сергійович - асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(097)9041319; sv.eskulap@gmail.com

Радьога Ярослав Володимирович - к.мед.н., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)9989525; radega09@mail.ru