© Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

УДК: 616.33/.342-002.44-005.1-07-036.65

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.
Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний ме-дичний університет", кафедра хірургії № 1 (Театральна площа, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОГО ҐЕНЕЗУ

Резюме. *Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 203 хворих на гастродуоденальні кровотечі виразкової етіології, серед яких було 135 (66,5%) чоловіків і 68 (33,3%) жінок. Всім хворим проведене обстеження і консервативне лікування згідно протоколів. Виразка дванадцятипалої кишки була у 127 (62,56%) хворих, шлунку - у 68 (33,49%), у шлунку і дванадцятипалій кишці - у 9 (4,43%). Рецидиви кровотечі були у 24 (11,82%) хворих, більшість з них (n=11 (45,83%) - протягом 2-3 доби після надходження. Найменше рецидивів (4 (16,67%) випадки) були впродовж першої доби. Переважна більшість рецидивів (n=15 (62,5%) виникла у хворих без виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву ми не виявили. У 15 (62,5%) хворих з рецидивами діагностований клас II А за Forrest. За шкалою Glasgow Blatchford рецидиви були у 3 (12,5%) хворих з кількістю пунктів 0, у 11 (45,83%) - кількість пунктів була до 5, а у решти 10 (41,67%) - понад 5. Частота рецидивів зростала по мірі збільшення кількості пунктів за шкалою Rockall, більшість випадків була у хворих з сумою 5-6 пунктів (n=16 (66,67%), а більші показники були у окремих випадках. Отже, шкали Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостатньо враховують низку важливих клінічних та патогенетичних чинників розвитку рецидивних виразкових кровотеч. Покращання ефективності прогнозування таких кровотеч потребує урахування комплексу факторів, які визначають стан процесів гемостазу і регенерації.*

Ключові слова: *виразкова кровотеча, рецидив, прогнозування.*

Вступ

Гострі кровотечі з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки залишаються актуальною проблемою сучасної хірургії. Частота такої патології впродовж останніх років не лише не знижується, але й набуває тенденції до зростання [2, 3, 8, 12]. Попри успіхи ендоскопічних методів гемостазу, впровадження ендоваскулярних методик зупинки, частота рецидивних кровотеч залишається значною [6, 10], що потребує проведення хірургічних втручань, наслідки яких часто залишаються далекими від задовільних [1, 8].

Важливою складовою лікувального комплексу за умов кровотеч є можливість прогнозування рецидиву, що дає змогу застосовувати ефективні профілактичні заходи [4, 13]. Водночас, незважаючи на значну актуальність цього питання, визнана, надійна прогностична шкала не запропонована. Найбільш поширеними залишаються шкали Forrest [9], Glasgow Blatchford [7] і Rockall [11], одначе прогностична цінність жодної з них не є достатньою [2, 4, 12]. Все це зумовлює необхідність подальших пошуків, спрямованих на розробку інформативних методів прогнозування рецидивних виразкових кровотеч.

Мета - аналіз факторів ризику рецидивних гастродуоденальних кровотеч виразкового ґенезу.

Матеріали та методи

За даними медичних карт проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 203 хворих, які перебували на стаціонарному лікування з приводу виразок шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених гострими кровотечами. Чоловіків було 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Середній вік становив 56,6±17 років. Всім хворим проведене обстеження і консервативне лікування згідно протоколів [5].

Результати. Обговорення

У більшої частини обстежених пацієнтів, що становило 109 (53,69%) ви-падків, виразковий анамнез був відсутній. У них також не виявлена наявність "шлункових" скарг в анамнезі. Виразковий анамнез тривалістю до 1 року був у 10 (4,92%) хворих. Впродовж 1-3 років страждав на виразкову хворобу 21 (10,34%) пацієнт, від 5 до 10 років - 16 (7,88%) хворих. У 39 (91,21%) тривалість виразкового анамнезу становила понад 10 років.

Під час первинної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) у переважної бі-льшості хворих виразкові дефекти виявлялись у дванадцятипалій кишці - 127 (62,56%) випадків. Виразка шлунка виявлена у 68 (33,49%) пацієнтів. Одночасна наявність виразок у шлунку і дванадцятипалій кишці спостерігалось у 9 (4,43%) хворих. Незалежно від локалізації виразкового дефекту частота виникнення виразки була вищою у чоловіків (135-66,5%), ніж у жінок (68-33,5%).

З метою ендоскопічного гемостазу проводилось обколювання виразки. Для цього використовувалась суміш 0,9% натрію хлориду з адреналіном у співвідношенні 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Ін'єкції проводились по периферії виразкового дефекту. У окремих випадках виконувалась діатермокоагуляцію кровоточивої судини. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом виконувалося екстрене хірургічне втручання.

З метою контролю за гемостазом та ефективністю лікування після первинної ЕГДС під час надходження у стаціонар, пацієнтам проводилось щонайменше одне ендоскопічне обстеження протягом наступних 3 діб. У 31 (15,27%) хворого з клінічними проявами нестабільного гемостазу виконувались додаткові контрольні ЕГДС. У разі потреби під час під час таких обстежень застосовувався ендоскопічний гемостаз.

Розвиток рецидивних кровотеч мав місце у 24 (11,82%) хворих. При аналізі особливостей виникнення таких геморагій виявлені деякі характерні закономірності. Зокрема, у більшості випадків (11 (45,83%) хворих) рецидиви розвивались протягом перших 2-3 діб після надходження у стаціонар. Найменше рецидивів спостерігались впродовж першої доби - 4 (16,67%) випадки. Це підтверджує дані окремих дослідників, які звертають увагу на зв'язок між рецидивами і термінами після досягнення гемостазу [13].

Характерно, що переважна більшість рецидивів кровотечі (n=15 (62,5%) розвивалась у хворих, що не мали виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі ми не виявили, проте при виразках дванадцятипалої кишки це спостерігалось дещо частіше (n=14 (58,33%), що могло зумовлюватись загалом більшою кількістю хворих з такою локалізацією процесу. У переважній більшості випадків повторні кровотечі були у чоловіків - 17 (70,83%).

У 9 (37,5%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, з них у 3 (12,5%) позитивна резус належність, у решти (25%) - негативна. У 4 (16,67%) хворих визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (4,17%) випадку було при III і IV групах крові.

Привернуло увагу, що у 15 (62,5%) хворих з рецидивними кровотечами під час первинного ендоскопічного обстеження діагностований клас II А за Forrest. У решти пацієнтів (37,5%) спостерігали ознаки інших класів. Повторні кровотечі не виникали у жодного хворого з діагностованим класом III. Водночас за даними літератури, найчастіше повторні кровотечі виникають при класі I [10]. Ми поділяємо думку дослідників, які відзначають, що ця шкала є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі [12]. Недоліком застосування шкали є також певний суб'єктивізм при визначенні окремих класів, зокрема, диференціації між класами II А і II В.

Шкала Glasgow Blatchford [7] базується лише на клінічних і лабораторних проявах, не враховує ендос-

копічні стигмати кровотечі. Її застосування дає змогу, переважно, визначати необхідність певного комплексу лікувальних заходів і ризик хірургічного втручання. Зрозуміло, що по мірі зростання кількості пунктів небезпека повторних кровотеч зростає, проте чіткої залежності при цьому немає. Зокрема, рецидиви відмічені у 3 (12,5%) хворих з кількістю пунктів 0, у 11 (45,83%) пацієнтів кількість пунктів становила до 5, а у решти 10 (41,67%) - понад 5.

Шкала Rockall [11] заснована на комплексі клінічних і ендоскопічних критеріїв. Це дає змогу оцінювати можливість рецидиву вже під час первинного ендоскопічного огляду, що робить її застосування більш прийнятним. Загалом, наші спостереження підтвердили зростання частоти повторних кровотеч по мірі збільшення кількості визначених пунктів. Проте, більшість випадків мала місце у хворих з сумою 5-6 пунктів (n=16 (66,67%), а більші показники були у окремих випадках. Отже, дана шкала також не враховує усі можливі чинники, які сприяють рецидивам. Значним недоліком є потреба у проведенні відносно тривалого обстеження для повної оцінки усіх включених критеріїв.

Слід також зазначити, що поширені прогностичні способи засновані, переважно, на клінічних спостереженнях, не враховують активність механізмів гемостазу, процесів регенерації тощо. Це не дозволяє оцінити їхні потенційні можливості, визначити можливу неспроможність. Отож адекватна оцінка можливості рецидиву гострої виразкової кровотечі повинна засновуватись на застосуванні патогенетично обґрунтованого комплексу клінічних, ендоскопічних та лабораторних показників.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Шкали Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостатньо враховують низку важливих клінічних та патогенетичних чинників розвитку рецидивних виразкових кровотеч.

2. Покращання ефективності прогнозування таких кровотеч потребує урахуванням комплексу факторів, які визначають стан процесів гемостазу і регенерації.

Перспективним напрямком подальших досліджень є вивчення патогене-тичного підґрунтя рецидивних кровотеч та виділення провідних прогностичних факторів.

Список літератури

1. Дзюбановський І. Я. Органозберігаючі та органощадні превентивні операційні втручання у хворих із виразковими гастродуоденальними крово-течами / І.Я. Дзюбановський, В.Г. Мініч // Вісник наукових досліджень. - 2014. - № 3. - С. 51-53.
2. Запорожан С. Й. Причини несприятливих результатів операційного лікування у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами / С.Й. Запорожан // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина. - 2013. - Вип. 2. - С. 111-113.
3. Петрушенко В. В. Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу / В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк // Шпитальна хірургія. - 2014. - № 1. - С. 55-57.
4. Прогнозування рецидиву виразкових кровотеч після ендоскопічного гемостазу / Б.О. Матвійчук, С.Л. Рачкевич, І.М. Тумак [та ін.] // Acta medica Leopoliensia. - 2015. - Т. 21, № 3. - С. 53-58.
5. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Я.С. Березницький, В.В. Бойко, Р.Й. Василішин [та ін.]. - Київ: Здоров'я України, 2010. - 470 с.
6. Трофімов М. В. Лікувальна тактика при шлунково-кишковій кровотечі виразкового генезу / М.В. Трофімов, В.П. Кришень, С.О. Мунтян // Клін. хірургія. - 2016. - № 9. - С. 11-13.
7. Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // The Lancet. - 2000. - Vol. 356, № 9238. - P. 1318-1321.
8. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians / B.S. Kim, B.T. Li, A. Engel [et al.] // World. J. Gastrointest. Pathophysiol. - 2014. - Vol. 5, № 4. - P. - 467-478.
9. Forrest J. A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet. - 1974. - Vol. 2, № 7877. - P. 394-397.
10. Kim J. S. Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding / J.S. Kim, S.M. Park, B.W. Kim // Clin. Endosc. - 2015. - Vol. 48, № 2. - P. 106-111.
11. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall, R.F.A. Logan, H.B. Devlin, T.C. Northfield // Gut. - 1996. - Vol. 38, № 3. - P. 316-321.
12. Risk factors determining the need for second-look endoscopy for peptic ulcer bleeding after endoscopic hemostasis and proton pump inhibitor infusion / H.C. Cheng, C.T. Wu, W.Y. Chen [et al.] // Endosc. Int. Open. - 2016. - Vol. 4, № 3. - P. 255-262.
13. Weekend and nighttime effect on the prognosis of peptic ulcer bleeding / Y.H. Youn, Y.J. Park, J.H. Kim [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 18, № 27. - P. 3578-3584.

Дутка И.И., Гринчук Ф.В.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНО-ГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Резюме. *Проведенный ретроспективный анализ результатов лечения 203 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, среди которых было 135 (66,5%) мужчин и 68 (33,3%) женщин. Всем больным проведено обследование и консервативное лечение согласно протоколов. Язва двенадцатиперстной кишки была у 127 (62,56%) больных, желудка - у 68 (33,49%), в желудке и двенадцатиперстной кишке - у 9 (4,43%). Рецидивы кровотечения были у 24 (11,82%) больных, большинство из них (n = 11 (45,83%) - в течение 2-3 суток после поступления. Менее всего рецидивы (4 (16,67%) случая) были в течение первых суток. Подавляющее большинство рецидивов (n = 15 (62,5%) возникла у больных без язвенного анамнеза. Четкой связи локализации язвы с частотой рецидива мы не обнаружили. У 15 (62,5%) больных с рецидивами диагностирован класс II А по Forrest. По шкале Glasgow Blatchford рецидивы были у 3 (12,5%) больных с количеством пунктов 0, у 11 (45,83%) - количество пунктов была до 5, а у остальных 10 (41,67%) - более 5. Частота рецидивов возросла по мере увеличения количества пунктов по шкале Rockall, большинство случаев была у больных с суммой 5-6 пунктов (n = 16 (66,67%), а большие показатели были в отдельных случаях. Итак, шкалы*

Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостаточно учитывают ряд важных клинических и патогенетических факто-ров развития рецидивных язвенных кровотечений. Улучшение эффективности прогнозирования таких кровотечений требует учета комплекса факторов, определяющих состояние процессов гемостаза и регенерации.
Ключевые слова: *язвенное кровотечение, рецидив, прогнозирование.*

Dutka I.I., Grynchuk F.V.
THE ANALYSIS OF THE GASTRODUODENAL ULCEROUS BLEEDING RELAPSE EMERGENCE RISK FACTORS
Summary. *A treatment results retrospective analysis of 203 patients with ulcerous gastroduodenal bleeding was conducted, among them 135 (66,5%) are males and 68 (33,3%) are females. All patients were examined and provided with a conservative treatment according to protocols. Duodenal ulcer was diagnosed in 127 (62,56%) patients, gastric ulcer - in 68 (33,49%), gastroduodenal ulcer - in 9 (4,43%). The 24 (11,82%) patients had bleeding relapse, most of them (n=11 (45,83%) had it within 2-3 days upon arrival. The least number of relapses (4 (16,67%) cases) occurred within the first day. The most number of relapses (n=15 (62,5%) happened in patients without ulcerous anamnesis. A clear link between ulcer localization and relapse frequency was not determined. The 15 (62,5%) patients who had relapses were diagnosed with II A class by Forrest. On the Glasgow Blatchford Score, 3 patients had relapses (12,5%) with 0 number of items, 11 (45,83%) - with up to 5 number of items, the other 10 (41,67%) - above 5 number of items. The relapses frequency grew up as the number of items on the Rockall Score, more cases occurred with 5-6 number of items patients (n=16 (66,67%), higher indicators appeared in separate cases. So, the Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall Scores do not take into consideration the whole number of clinical and pathogenic factors of ulcerous bleeding relapse emergence. In order to optimize the efficiency bleeding prognosis, one has to take into account the factors complex that determine hemostasis and regeneration process condition.*
Key words: *ulcerous bleeding, relapse, prognosis.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Польовий В.П.

Стаття надійшла до редакції 03.11.2016 р.

Дутка Іван Іванович - асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"; +38(095)0885442; dutka86@mail.ua
Гринчук Федір Васильович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії № 1 Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"; +38(050)9510017; fedir_grynchuk@ukr.net