



Д. И. Гребенюк

Винницький національний
медичинський університет
ім. М. І. Пирогова

© Гребенюк Д. И.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Резюме. В ходе данного исследования был проанализирован собственный опыт лечения язвенных кровотечений. Всем пациентам была назначена медикаментозная терапия, которая при необходимости, дополнялась эндоскопическим гемостазом или оперативным вмешательством. Антисекреторная терапия с использованием только ингибиторов протонной помпы являются достоверно достаточной для надежного снижения секреции желудочного сока при гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза. Эндоскопическое и оперативное лечение обеспечивало отсутствие рецидива абсолютно у всех пациентов обследуемого контингента.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение.

Введение

Несмотря на пересмотр в последние десятилетия патогенетических механизмов развития гастродуоденальных язв, оптимизацию подходов к консервативному их лечению, развитие современной фармакологической индустрии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии, а распространённость данной патологии с каждым годом увеличивается. Так, если в 1997 году она составляла 2239,7 на 100 тысяч населения по Украине, то в 2006 году она возросла до 2805,8 [2].

Особое внимание следует обратить на осложнение язвенной болезни, а именно на кровотечение. В структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, кровотечения язвенного генеза составляют 46–61 %. Кроме того, язвенные кровотечения составляют 18–23 % среди всей ургентной патологии органов брюшной полости [1].

Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений было и остаётся одной из актуальных, сложных и до конца нерешённых проблем медицины. Остановить кровотечение консервативными мерами удаётся не всегда (частота рецидивов язвенного кровотечения составляет 12–40 %), а потому хирурги прибегают к открытым оперативным вмешательствам, которые в большинстве случаев обеспечивают надёжный гемостаз. Оперативная активность при кровотечении из язвы в развитых странах составляет 1,5–4 % и имеет тенденцию к снижению. При этом общая летальность в данной группе больных не превышает 0,5–2 %. В первую очередь это является результатом широкого внедрения в практику новых эндоскопических технологий гемостаза [3].

В то же время в странах постсоветского пространства статистика приводит значительно более высокие показатели оперативной активности, достигающих 45–60 %. Однако, несмотря на многолетнее развитие, совершенствование и оптимизацию тактики оперативных вмешательств, достичь существенного снижения летальности не удаётся, и данный показатель составляет 8–20 % [1].

Появление новых эндоскопических технологий и высокоэффективных противоязвенных препаратов диктует необходимость оценки их возможностей при лечении кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Это особенно актуально в связи с ростом количества больных пожилого возраста, которые тяжело переносят травматические оперативные вмешательства.

Задачей нашего исследования было оценить собственные результаты лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза.

Материалы и методы исследования

В основу исследования положен проспективный анализ историй болезни 204 пациентов, проходивших лечение по поводу гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии в клинике кафедры хирургии № 1 с курсом эндоскопической и лазерной хирургии Винницкого национального медицинского университета им. М. И. Пирогова на базе хирургического отделения, центра кровотечений и реанимационного отделения Винницкой областной клинической больницы им. М. И. Пирогова в период с 1 января 2011 года по 30 июня 2012 года.

Среди обследованного контингента лица мужского пола составляли 136 (66,7 %), женского — 68 (33,3 %). Средний возраст обследуемого



контингента составлял $56,6 \pm 1,7$ лет. Средний возраст для мужчин составлял ($53,9 \pm 17,6$) лет, для женщин — ($61,9 \pm 14,1$) лет.

Выбирая комбинацию лечебных мероприятий для каждого отдельного пациента, лечащие врачи опирались на клинический опыт и Стандарт организации и профессионально ориентированные протоколы оказания неотложной помощи больным с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Всем пациентам назначалась медикаментозная терапия, направленная на достижение гемостаза и снижения уровня желудочной секреции. Среди назначенных препаратов были средства гемостатической терапии, средства антисекреторной терапии (ингибиторы протонной помпы (ИПП), М-холиноблокаторы, H_2 -гистаминоблокаторы, препараты соматостатина), средства восполнения объема циркулирующей крови, а также эритроцитарная масса при наличии выраженной анемии.

На фоне медикаментозной терапии, при необходимости, пациентам выполнялись эндоскопические вмешательства, направленные на достижение гемостаза. В случае невозможности достижения гемостаза эндоскопическим путём или в качестве альтернативы эндоскопическому гемостазу выполнялось оперативное вмешательство, направленное на устранение источника кровотечения.

Таким образом, нами были выделены три основные, отличающиеся между собой, комбинации лечебных мероприятий. Так, только антисекреторную терапию получали 159 (77,9 %) пациентов, комбинация антисекреторной терапии и эндоскопического гемостаза была применена у 29 (14,3 %) человек, а сочетание антисекреторной терапии и хирургического лечения имело место в 16 (7,8 %) случаях. Каждая из указанных комбинаций при необходимости дополнялась инфузионной и гемостатической терапией.

В качестве антисекреторной терапии применялись ингибиторы протонной помпы (омепразол или пантопразол в дозе 80 мг/сут в/в капельно) и М-холиноблокаторы (гастроцепин в дозе 20 мг/сут в/в капельно) в моноварианте или в сочетании. В единичных случаях дополнительно назначали H_2 -гистаминоблокаторы или препараты соматостатина, однако из-за незначительной частоты назначения такие пациенты не были включены в исследование.

В начале лечения антисекреторную терапию в моноварианте планировалось применять у 173 (84,8 %) больных. В качестве монотерапии ингибиторы протонной помпы были назначены 69 (39,9 %), а гастроцепин — 42 (24,3 %) пациентам. Комбинация одного из ИПП и Гастроцепина применялась в 62 (35,8 %) случаях.

Однако после развития рецидива кровотечения у 14 (8,1 %) больных и последующего эндоскопического гемостаза антисекреторная терапия моноварианта оказалась применяемой у 159 (77,9 %) пациентов. Так, ИПП (группа 1) и комбинация ИПП и Гастроцепина (группа 2) применялись примерно в одинаковом количестве пациентов — 66 (41,5 %) и 61 (38,4 %) соответственно. Гастроцепин в качестве монотерапии (группа 3) назначался 32 (20,1 %) больным.

Для оценки эффективности проведенного лечения нами был выбран такой показатель, как развитие рецидива кровотечения.

Говоря о рецидиве кровотечения, подразумевают повторное кровотечение, после спонтанной остановки, эндоскопического гемостаза или хирургического вмешательства в течение одной госпитализации.

Результаты исследований и их обсуждение

В группе 1, где, в качестве антисекреторной терапии применялись только ИПП, частота развития рецидивов кровотечения составила 5 (7,3 %) случаев. В группе 2 этот показатель составил 4 (6,25 %). В группе 3 рецидив кровотечения имел место у 15 (35,7 %) пациентов.

При сравнении частоты рецидивов в группах 1 и 2 не было выявлено достоверных различий ($p > 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

При сравнении аналогичного показателя в группах 1 и 3, было обнаружено, что частота рецидивов в группе 1 достоверно меньше частоты рецидивов в группе 3 ($p < 0,001$, точный двусторонний критерий Фишера).

Аналогичная тенденция прослеживалась и при сравнении частоты рецидива кровотечения в группах 2 и 3. Так, частота рецидивов в группе 2 была достоверно меньшей частоты рецидивов в группе 3 ($p < 0,001$, точный двусторонний критерий Фишера).

Таким образом, применение в качестве антисекреторной терапии ИПП или комбинации ИПП с Гастроцепином позволяет достоверно ($p < 0,001$) снизить частоту рецидивирования по сравнению с монотерапией гастроцепином.

Эндоскопический гемостаз был применен у 29 (14,3 %) пациентов как при инициальной эндоскопии ($n=15$ (51,7 %)), так и при повторном эндоскопическом исследовании по поводу рецидива кровотечения ($n=14$ (48,3 %)). Из них, инъекционный гемостаз был выполнен 16 (55,2 %) пациентам, аргоно-плазменная коагуляция — 12 (41,4 %), клипирование — 1 (3,4 %) пациенту.

Подавляющее большинство случаев применения эндоскопического гемостаза ($n=22$ (75,9 %)) имело место при локализации язвенного дефекта в желудке. Так, инъекционный гемостаз был применен в 10 (45,5 %) случаях,



аргоно-плазменная коагуляция — у 11 (50,0 %) пациентов и у 1 (4,5 %) пациента было выполнено клипирование кровоточащего сосуда.

При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке 5 (83,3%) пациентам было проведено инъекционный гемостаз и 1 (16,7 %) — аргоно-плазменная коагуляция.

Только 1 (3,4 %) пациенту с язвой анастомоза был выполнен эндоскопический гемостаз в виде инъекции 20 мл физиологического раствора.

Эндоскопический гемостаз применялся только при активных кровотечениях (Forrest I). Так, у 11 (37,9 %) пациентов применение эндоскопического гемостаза имело место при кровотечении Forrest Ib, у 16 (55,2 %) — при кровотечении Forrest Ix и только 2 (6,9 %) пациентам эндоскопический гемостаз выполнялся по поводу струйного кровотечения Forrest Ia.

Хотя, согласно литературным данным, рекомендуется применять эндоскопические методики гемостаза и при нестабильном гемостазе Forrest II для предупреждения риска развития рецидива кровотечения, в исследуемом контингенте эндоскопический гемостаз с профилактической целью не применялся ни у одного пациента.

Применение эндоскопических методик гемостаза обеспечивало надежный мгновенный гемостаз, и, кроме того, позволяло избежать рецидива кровотечения у всех ($n = 29$ (100 %)) пациентов из данной группы. Однако оценить эффективность каждой из методик эндоскопического гемостаза было невозможно в связи с малочисленными и неоднородными выборками пациентов.

При сравнении консервативного лечения и эндоскопического гемостаза также ориентировались на частоту рецидивирования.

Среди 173 пациентов, лечившихся консервативно, рецидив кровотечения имел место в 24 (13,9 %) случаях. При применении эндоскопического гемостаза из 29 пациентов рецидива кровотечения не было ни у одного из них.

При статистическом анализе оказалось, что в группе эндоскопического гемостаза частота рецидивирования была достоверно ниже, чем в группе пациентов, которым была назначена консервативная терапия ($p < 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Так как консервативное лечение назначалось абсолютно всем пациентам, а эндоскопический гемостаз выполнялся только в сочетании с консервативными мерами, поэтому было решено проверить зависимость эффективности эндоскопического гемостаза от антисекреторной терапии.

При статистическом анализе полученных данных оказалось, что в группе пациентов, которые принимали в качестве антисекреторной

терапии ИПП и которая составляла 69 человек, было 5 (7,3 %) случаев рецидива язвенного кровотечения. Среди 9 пациентов, у которых антисекреторная терапия ИПП дополнялась эндоскопическим гемостазом, ни одного случая рецидива не было обнаружено.

Однако при статистическом анализе частоты рецидивирования в данных двух группах достоверно различия подтверждены не были ($p > 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Аналогичные данные были получены при сравнении частоты рецидивирования в группе пациентов, которым была назначена комбинация ИПП и Гастроцепина в качестве антисекреторной терапии и группе пациентов, которым такая комбинация антисекреторных препаратов при необходимости дополнялась эндоскопическим гемостазом. Так, в группе пациентов, принимавших в качестве антисекреторной терапии комбинацию ИПП и Гастроцепина и которая составляла 62 человека, было 4 (6,4 %) случая рецидива язвенного кровотечения. Среди 6 пациентов, у которых такой вариант антисекреторной терапии при необходимости дополняли эндоскопическим гемостазом, ни одного случая рецидива не было обнаружено.

Аналогично, при статистическом анализе частоты рецидивирования в данных двух группах достоверные различия выявлены не были ($p > 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Среди 42 пациентов, принимавших Гастроцепин как средство для снижения желудочной секреции, у 15 (35,7 %) человек наблюдались случаи рецидивирования гастродуоденального кровотечения язвенного генеза. Среди 14 пациентов, принимавших в качестве антисекреторной терапии Гастроцепин и которым был выполнен эндоскопический гемостаз, не наблюдали ни одного случая рецидива кровотечения.

При статистическом анализе различий в этих двух группах было выявлено, что частота рецидивирования язвенного кровотечения была достоверно больше в группе пациентов, которым не выполнялся эндоскопический гемостаз ($p < 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Оперативное лечение применяли 16 (7,8 %) пациентам. Все оперативные вмешательства были направлены или на ликвидацию источника кровотечения, или на профилактику рецидива кровотечения.

По поводу язвы желудка чаще выполнялась секторальная резекция — 5 (31,25 %) случаев, а по поводу язвы ДПК — экстериоризация язвы ($n = 4$ (25,0 %)). Из 9 пациентов с гастроэюнальными язвами только 1 (6,25 %) было



выполнено оперативное вмешательство — резекция гастроэюноанастомоза с реконструкцией по Roux. Резекция желудка по Billroth-II была выполнена 4 (25,0 %) пациентам. Иссечение язвы с пилоропластикой (n=1 (6,25 %)) и мостовидных резекция ДПК с дуоденопластикой (n=1 (6,25 %)) выполнялись лишь у одного пациента каждая.

Подавляющее число операций выполнялось в первые двое суток после поступления больного в стационар. Так, в первые сутки было выполнено 4 (25 %) операции, и почти половина (n=7 (43,75 %)) всех оперативных вмешательств была выполнена на 2 сутки. Оперативные вмешательства выполнялись или в максимально короткие сроки для остановки кровотечения, или в более отдалённые сроки для ликвидации источника кровотечения с целью профилактики рецидивов в будущем.

После выполненного оперативного лечения ни одного рецидива не наблюдалось, что объясняется полной ликвидацией источника кровотечения в ходе оперативного вмешательства.

Выводы

Антисекреторная терапия с использованием только ингибиторов протонной помпы яв-

ляются достоверно ($p < 0,001$, точный двусторонний критерий Фишера) достаточной для надежного снижения секреции желудочного сока при гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза.

Применение М-холиноблокаторов (гастроцепин) в качестве монотерапии достоверно ($p < 0,001$, точный двусторонний критерий Фишера) не является эффективным для снижения желудочной секреции, а их преимущество при комбинированном применении с ингибиторами протонной помпы статистически не доказана ($p > 0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Эндоскопическое и оперативное лечение обеспечивало стабильный гемостаз абсолютно у всех пациентов у обследуемого контингента, которым оно выполнялось, однако статистически достоверно подтвердить эти факты не было возможности.

В группе пациентов, которым в качестве антисекреторной терапии назначали только Гастроцепин частота рецидивов кровотечения была достоверно выше, чем в группе, где антисекреторная терапия Гастроцепином была дополнена эндоскопическим гемостазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных кровотечениях в клинической практике / С. Ф. Багненко, Г. И. Синенченко, В. Г. Вербицкий // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2006. — № 1. — С. 57.
2. Філіппов Ю. О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні : Аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України /

- Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірда, Л. М. Петречук // Гастроентерологія. — 2007. — № 38. — С. 3-15.

3. High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding : A series of meta-analyses / M. Bardou, Y. Toubouti, D. Benhaberou-Brun [et al.] // Gastroenterology. — 2003. — № 123. — С. 625-633.



ВЛАСНИЙ ДОСВІД
ЛІКУВАННЯ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ
КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО
ГЕНЕЗУ

Д.І. Гребенюк

Резюме. В ході даного дослідження було проаналізовано власний досвід лікування виразкових кровотеч. Всім пацієнтам було призначено медикаментозну терапію, яку при необхідності, доповнювали ендоскопічним гемостазом або оперативним втручанням. Антисекреторна терапія з використанням лише інгібіторів протонної помпи є достовірно достатньою для надійного зниження секреції шлункового соку при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу. Ендоскопічне та оперативне лікування забезпечувало відсутність рецидиву абсолютно у всіх пацієнтів із обстежуваного контингенту.

Ключові слова: виразка шлунку, виразка дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча.

OWN EXPERIENCE
IN THE TREATMENT
OF GASTRODUODENAL
BLEEDINGS OF ULCER
ETIOLOGY

D.I. Grebeniuk

Summary. In this study analyzed the own experience of treatment of ulcer bleedings. All patients were assigned to medical therapy, which, if necessary, supplemented by endoscopy or surgical intervention. Antisecretory therapy with proton pump inhibitors alone is sufficient to reliably secure reduce of gastric acid secretion at gastroduodenal bleeding of ulcer genesis. Endoscopic and surgical treatment provided absolutely no relapse in all patients.

Key words: gastric ulcer, duodenal ulcer, gastroduodenal bleeding.