

УДК 616.342–002.44–005.1–085–089–089.168

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО Й ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

В. В. Єфремов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

REMOTE RESULTS OF CONSERVATIVE AND OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS FOR DUODENAL ULCER COMPLICATED BY BLEEDING

V. V. Efremov

РЕФЕРАТ

Проаналізовані віддалені результати лікування 690 хворих з приводу виразки дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею, в Київському міському центрі шлунково–кишкової кровотечі за періоди 1994–1996 рр. (контрольна група) та 2004–2008 рр. (основна група). У віддаленому періоді кількість пацієнтів, у яких виявлено гіперхлоргідрію (помірно виражену та виражену), збільшилась в 1,4 разу, що свідчило про більш високе напруження безперервної кислотопродукції в основній групі. Завдяки впровадженню сучасних схем антигелікобактерної терапії частота виявлення *H. pylori* зменшилася удвічі. Вдосконалення сучасних тактичних підходів до консервативного лікування сприяло зменшенню частоти рецидивів виразки ДПК у віддаленому періоді у 2,2 разу, повторної гострої кровотечі – в 1,9 разу, збільшенню частоти відмінних результатів – у 2,8 разу.

Ключові слова: виразка дванадцятипалої кишки; шлунково–кишкова кровотеча; віддалені результати; експрес–гастро–рН–моніторинг.

SUMMARY

Analyzed long-term outcomes of 690 patients with duodenal ulcer, complicated by bleeding in Kyiv City Centre gastrointestinal bleeding for the periods 1994–1996 (control group) and 2004–2008 (main group). In the late period of patients who were found hyperchloridry (moderate and severe), increased by 1.4 times, indicating a higher voltage continuous acid production in the main group. With the introduction of modern circuits *Helicobacter* therapy incidence of *H. pylori* reduced by half. Improving modern tactical approaches to conservative treatment helped to reduce the frequency of relapses in duodenal ulcer remote period by 2.2 times, acute bleeding – in 1.9 times, increase the frequency of excellent results – in 2.8 times.

Key words: duodenal ulcer; gastrointestinal bleeding; long-term results; express gastroesophageal pH monitoring.

Лікування хворих з приводу гострої шлунково–кишкової кровотечі (ШКК) виразкового генезу є однією з актуальних проблем сучасної хірургії. В Україні частота кровотечі з верхніх відділів травного каналу становить 47 на 100 тис. населення на рік [1], в країнах Європи – 48–160 на 100 тис. населення [2], в США – 150 на 100 тис. населення [3]. Це загальносвітова тенденція. У теперішній час в Україні належним чином не проводиться диспансеризація пацієнтів з виразками, ускладненими кровотечею. Подальша доля їх після виписування з хірургічного стаціонару при задовільних найближчих результатах, як правило, невідома. Не ведеться облік пацієнтів, яких госпіталізують повторно як з приводу рецидиву гастродуоденальних виразок, так і їх ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 2285 пацієнтів з виразкою ДПК, ускладненою кровотечею, у Київському міському центрі шлунково–кишкової кровотечі. В основну групу включені 1630 (71,33%) пацієнтів, яких лікували у 2004–2008 рр., у контрольну – 665 (28,67%) пацієнтів, яких лікували у 1994–1996 рр. У віддаленому періоді результати вивчені у 690 пацієнтів.

Вік пацієнтів від 13 до 96 років, у середньому $(48,54 \pm 0,36)$ року. Помірна крововтрата відзначена у 840 (36,76%) пацієнтів, середньої тяжкості – у 644 (28,18%), тяжка – у 801 (35,05%). Консервативне лікування проведене у 1922 (84,11%) пацієнтів, оперовані 363 (15,89%). В основній групі консервативне лікування здійснене у 1577 (96,75%) пацієнтів, оперовані – 53 (3,25%), у контрольній групі – відповідно у 655 (28,67%) і 310 (47,33%).

Паліативні операції виконані у 3 (0,97%) хворих контрольної групи та у 5 (9,43%) – основної ($P=0,00001$); радикальні – відповідно у 307 (99,03%) і 48 (90,57%) ($P=0,0001$); органозберігальні – у 197 (63,55%) і 29 (54,72%) ($P=0,2212$); органощадні (стов-

бурова ваготомія — СВ + антроектомія — АЕ) — у 64 (20,64%) і 16 (30,19%) ($P=0,1220$); резекція шлунка (РШ) — у 46 (14,84%) і 3 (5,66%) ($P=0,0715$).

Віддалені результати оцінювали за методом анкетування. Пацієнтів запрошували для проведення інструментальних досліджень, що включали езофагогастроуденофіброскопію (ЕГДФС) з використанням гастрофіброскопа Olympus GIF XQ-40 і ендоскопічної відеоінформаційної системи Olympus V-70 (Японія) з рН-метрією (експрес-гастро-рН-моніторинг за методикою проф. В. М. Чорнобрового) і швидким СЛО-тестом з уреазою (ХЕЛПІЛ®). Під час дослідження забирали біопсійний матеріал для виявлення *H. pylori* за допомогою СЛО-тесту, а також вивчали кислотопродукуючу функцію шлунка за допомогою ацидогастрографа АГ-1рН-М (Україна). Вимірювали рН у 20 точках по малій кривині шлунка через кожні 2 см, починаючи від кардії до ворота (на вході) та стільки ж у зворотньому напрямку (на виході) по 15–20 с (пілорична частина — 5 вимірювань, тіло шлунка — 10, кардіальна частина — 5).

Відповіді на анкети отримані від 690 пацієнтів (470 — основної, 220 — контрольної групи), з них у віддаленому періоді обстежений 321 пацієнт. У 311 пацієнтів проведена ЕГДФС з рН-метрією і СЛО-тестом (226 — основної групи, 95 — контрольної) в Медичному науково-практичному об'єднанні "Медбуд" (м. Київ).

Оскільки класифікацію за шкалою Visick використовують для оперованих пацієнтів, запропонована модифікована класифікація віддалених результатів консервативного лікування ШКК виразкового генезу.

I. Відмінні (скарг немає).

II. Хороші: незначні диспептичні прояви, рецидиву немає, працездатність не порушена.

III. Задовільні: диспептичний синдром, пацієнту періодично проводять курси противиразкового ліку-

вання, працездатність порушена, проте, інвалідизації немає.

IV. Рецидив виразки, повторна ШКК. За даними ендоскопічного дослідження доведена наявність рецидивної виразки. Працездатність порушена, інвалідизація (у деяких пацієнтів встановлено групу інвалідності).

Статистична обробка даних проведена з застосуванням стандартного ліцензійного пакету програм Statistica for Windows 6.0 (StatSoft inc, USA). Порівняння груп проведене за допомогою *t*-критерію Ст'юдента, критерію Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після консервативного лікування у віддаленому періоді у пацієнтів основної групи частота відмінних результатів становила 31,18%, хороших — 59,91% (разом Visick I + Visick II — 91,09%), задовільних — 0,22%, рецидиви виразки виявлені у 8,68% пацієнтів (табл. 1). У контрольній групі після консервативного лікування відмінні результати відзначені в 11,11% пацієнтів, хороші — у 66,67%, (разом Visick I + Visick II — 77,78%), задовільні — у 3,17%, рецидиви виразки виникли у 19,05%.

В основній групі при консервативному ліванні монотерапія проведена 23,34% пацієнтів, потрійна терапія — 75,71%, квадротерапія — 0,95%. Рецидиви виразки у віддаленому періоді виникли у 8,68% хворих, в тому числі після потрійної терапії — у 6,13%, що в 3,07 разу менше, ніж після монотерапії — у 18,82% ($P=0,00001$, $P < 0,05$); у 20% — після квадротерапії, ($P=0,2064$, $P > 0,05$). Повторна ШКК у віддаленому періоді після консервативного лікування в основній групі виникла у 7,8% хворих, всі спостереження підтверджені документально.

Після квадротерапії повторну кровотечу не спостерігали, після потрійної — вона виникла у 5,57% хво-

Таблиця 1. Розподіл віддалених результатів (за модифікованою шкалою Visick) за даними анкетування

| Групи хворих | Лікування | Visick I | Visick II | Visick III | Visick IV | Загалом | Повторна кровотеча у віддаленому періоді |
|--------------|----------------|-----------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|--|
| Основна | Консервативне, | абс. 140 % (31,18) | 269 (59,91) | 1 (0,22) | 39 (8,68) | 449 | 35 (7,8) |
| | Оперативне, | абс. 3 % (14,29) | 17 (80,95) | 1 (4,76) | — | 21 | — |
| | Разом ... | абс. 143 % (30,43) | 286 (60,85) | 2 (0,43) | 39 (8,3) | 470 | 35 (7,44) |
| Контрольна | Консервативне, | абс. 14 % (11,11) | 84 (66,67) | 4 (3,17) | 24 (19,05) | 126 | 19 (15,08) |
| | Оперативне, | абс. 12 % (12,77) | 72 (76,6) | 8 (8,51) | 2 (2,13) | 94 | 1 (1,06) |
| | Разом ... | абс. 26 % (11,82) | 156 (70,91) | 12 (5,45) | 26 (11,82) | 220 | 20 (9,09) |
| Обидві | Консервативне, | абс. 154 % (26,78) | 353 (61,39) | 5 (0,87) | 63 (10,96) | 575 | 54 (9,61) |
| | Оперативне, | абс. 15 % (13,04) | 89 (77,39) | 9 (7,83) | 2 (1,74) | 115 | 1 (0,88) |
| | Разом ... | абс. 169 % (24,49) | 442 (64,06) | 14 (2,03) | 65 (9,42) | 690 (100) | 55 (7,97) |

Таблиця 2. Частота виявлення *H. pylori*-асоційованих виразок ДПК в групах пацієнтів у віддаленому періоді

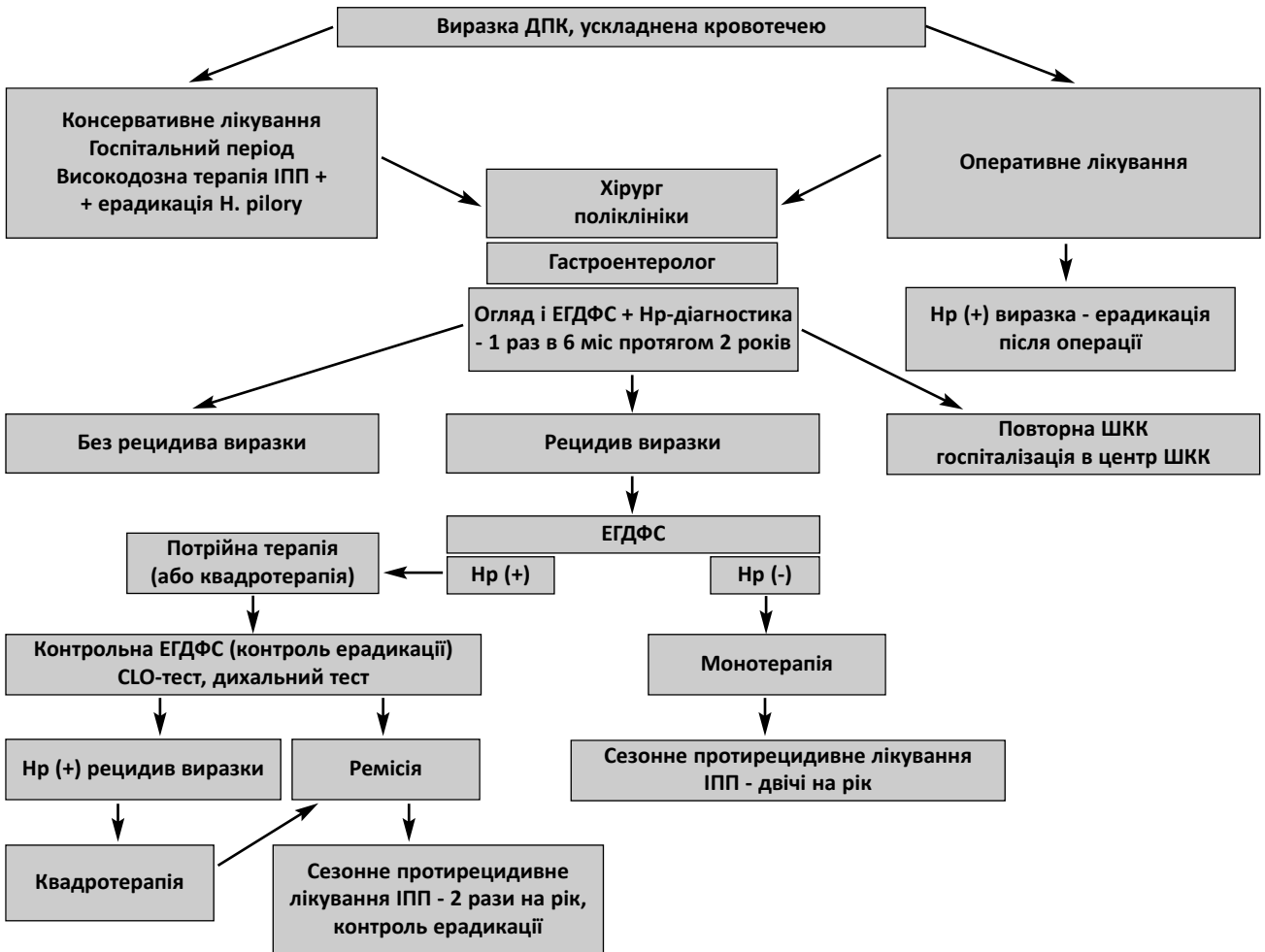
| Групи пацієнтів | <i>H. pylori</i> -тест | | | |
|------------------|------------------------|------------|------------|-------|
| | | негативний | позитивний | разом |
| Основна, абс. | 179 | 38 | 217 | |
| | % (82,49) | (17,51) | (100) | |
| Контрольна, абс. | 61 | 33 | 94 | |
| | % (64,89) | (35,11) | (100%) | |
| P | 0,0008 | 0,0008 | | |
| Загалом ... абс. | 240 | 71 | 311 | |
| | % (77,17) | (22,83) | (100) | |

рих, що у 3,6 разу менше, ніж після монотерапії — у 20% (P=0,00001, P < 0,05).

В контрольній групі при консервативному лікуванні монотерапія проведена 89,86% хворих, потрійна — 8,12%, квадротерапія — 2,03%.

сервативного лікування (всі спостереження документально підтверджені), в тому числі після потрійної терапії — у 7,69%, що у 2,03 разу менше, ніж після монотерапії — у 15,6% (P=0,4487, P > 0,05). Після квадротерапії повторна кровотеча виникла в одного хворого. Після консервативного лікування частота рецидивів виразки в основній групі у 2,19 разу менша, ніж у контрольній — відповідно у 8,68 і 19,05% хворих (P = 0,00001, P < 0,05); повторної кровотечі — в 1,89 разу — у 7,8 і 15,08% (P=0,0017, P < 0,05).

Після оперативного лікування у віддаленому періоді в основній групі відмінні результати досягнуті у 14,29% пацієнтів, хороші — у 80,95%, задовільні — у 4,76%, рецидивів виразки і повторної кровотечі не було. У контрольній групі після оперативного лікування відмінні результати відзначені у 12,77%, хороші — у



Алгоритм лікування виразки ДПК.

Рецидиви виразки у віддаленому періоді виникли у 19,05% хворих, в тому числі після монотерапії — у 17,43%, потрійної терапії — у 38,46% (P=0,0739, P > 0,05). Повторна кровотеча у віддаленому періоді в контрольній групі виникла у 15,08% хворих після кон-

сервативного лікування (всі спостереження документально підтверджені), в тому числі після потрійної терапії — у 7,69%, що у 2,03 разу менше, ніж після монотерапії — у 15,6% (P=0,4487, P > 0,05). Після квадротерапії повторна кровотеча виникла в одного хворого. Після консервативного лікування частота рецидивів виразки в основній групі у 2,19 разу менша, ніж у контрольній — відповідно у 8,68 і 19,05% хворих (P = 0,00001, P < 0,05); повторної кровотечі — в 1,89 разу — у 7,8 і 15,08% (P=0,0017, P < 0,05).

рапії). Рецидив виразки, локалізованої в куксі шлунка, без кровотечі у віддаленому періоді виник в 1 пацієнта після СВ з АЕ.

Відсутність кровотечі і рецидивів виразки у віддаленому періоді в оперованих пацієнтів основної групи і невисока їх частота (1,06 і 2,13%) в оперованих пацієнтів контрольної групи пояснюються усуненням під час виконання оперативного втручання морфофункціональних передумов для виникнення рецидиву виразки та її ускладнення кровотечею.

Загалом в основній групі рецидив виразки виник у 8,3% хворих, в контрольній — в 11,82%, тобто, на 3,52% більше ($P=0,1407$, $P > 0,05$); повторна кровотеча у віддаленому періоді — відповідно у 7,44 і 9,09% ($P=0,4559$).

Розподіл пацієнтів, у яких виявлені виразки ДПК, асоційовані з *H.pylori*, представлений у *табл. 2*. У віддаленому періоді пацієнтів, у яких *H.pylori* не виявлені, було в 1,27 разу більше в основній групі, ніж у контрольній — відповідно 82,49 і 64,89% ($P=0,0008$, $P < 0,05$); пацієнтів, у яких *H.pylori* виявлені — відповідно в 2 рази менше — 17,51 і 35,11% ($P=0,0008$, $P < 0,05$), що можна пояснити широким застосуванням інгібіторів протонної помпи (ІПП) і схем антигелікобактерної терапії в основній групі.

Порівнюючи результати рН-метрії у віддаленому періоді в основній та контрольній групах, ми встановили, що: частота виявлення гіпохлоргідрії (помірно вираженої та вираженої) — зменшилась в 4,62 разу — у 6,91% хворих — в основній групі та у 31,91% — в контрольній ($P=0,00001$, $P < 0,05$); гіперхлоргідрії (помірно вираженої та вираженої) — збільшилась в 1,41 разу — відповідно у 75,11 і 53,19% ($P=0,0002$, $P < 0,05$); нормохлоргідрії — збільшилась на 4,14% — у 17,97 і 13,83% ($P=0,3696$, $P > 0,05$). В основній групі ахлоргідрію не виявляли, у контрольній групі — спостерігали в одного хворого.

Такі зміни кислотопродукції свідчать про більш високе напруження безперервного кислотоутворення підвищеної інтенсивності в другому періоді спостереження (в основній групі) і важливість уважного ставлення до таких пацієнтів у віддаленому періоді, а також необхідність проведення повторних курсів протирецидивного лікування (двічі на рік) в поєднанні з ерадикаційною терапією за умови повторного виявлення *H. pylori*.

На підставі аналізу результатів лікування пацієнтів двох груп нами розроблений алгоритм лікування виразки ДПК на амбулаторному етапі (*схема*).

Пацієнти з виразкою ДПК, ускладненою кровотечею, після лікування (консервативного або оперативного) в хірургічному стаціонарі, далі — в умовах поліклініки перебувають під спостереженням хірурга та гастроентеролога. Огляд і ЕГДФС з діагностикою *H. pylori* проводять через кожні 6 міс протягом 2 років.

При виявленні рецидиву виразки за даними ЕГДФС визначають локалізацію, розміри виразки, наявність *H. pylori*.

За неускладненої виразки проводять курс відповідного етіотропного лікування: *H. pylori*—асоційованої виразки — потрійну терапію (або квадротерапію) з подальшим контролем ерадикації, за відсутності *H. pylori* — монотерапію з подальшим сезонним протирецидивним лікуванням з використанням ІПП та контролем ерадикації.

ВИСНОВКИ

1. Завдяки впровадженню сучасних схем антигелікобактерної терапії за даними швидкого тесту з уреазою у віддаленому періоді частота виявлення *H. pylori* зменшилась в 1,27 разу.

2. Частота виявлення гіперхлоргідрії (помірно вираженої та вираженої) у віддаленому періоді збільшилась в 1,4 разу, що свідчить про більш високе напруження безперервного кислотоутворення в основній групі і необхідність уважного ставлення до таких пацієнтів у віддаленому періоді, а також необхідність проведення повторних курсів протирецидивного лікування (двічі на рік) в поєднанні з ерадикаційною терапією за умови повторного виявлення *H. pylori*.

3. Удосконалення сучасних тактичних підходів до консервативного лікування ШКК виразкового генезу дозволило зменшити частоту рецидивів виразки ДПК у віддаленому періоді у 2,2 разу ($P=0,001$), повторної ШКК — в 1,93 разу ($P=0,0136$), збільшити частоту відмінних результатів у 2,8 разу ($P=0,00001$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Особливості лікувальної тактики при виразкових гастродуоденальних кровотечах на сучасному етапі / Б. О. Матвійчук, Я. А. Король, С. Т. Федоренко, С. Л. Рачкевич // *Практ. медицина*. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 65 — 69.
2. Holster I. L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives / I. L. Holster, E. J. Kuipers // *World J. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 18, N 11. — P. 1202 — 1207.
3. Weekend and nighttime effect on the prognosis of peptic ulcer bleeding / Y. H. Youn, Y. J. Park, J. H. Kim [et al.] // *Ibid.* — N 27. — P. 3578 — 3584.

