

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ЗУПИНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

І.Я. Дзюбановський¹, І.М. Дейкало¹, І.Л. Коршовський²

¹ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" МОЗ України

Кафедра хірургії ФПДО (зав. - проф. І.Я. Дзюбановський)

Кафедра хірургії № 2 (зав. - проф. І.М. Дейкало)

² Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги

Реферат

Мета. Покращити результати надання допомоги хворим із гастродуоденальною виразковою кровотечею за допомогою ендоскопічного гемостазу методом аргоноплазмової коагуляції.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 139 хворих із гастродуоденальною виразковою кровотечею. Триваюча кровотеча була при 35 (23%) ендоскопіях (за класифікацією Фореста FIA - 10, FIB - 14, FIX - 11), зупинена при 117 (77%) (FIIA - 41, FIIB - 45, FIIC - 23, FIID - 8). Показанням до проведення ендоскопічного гемостазу була активність кровотечі FI, при FIIA і FIIB проводилася профілактика рецидиву. Ендоскопічний гемостаз при FIIC і FIID не проводили через низький ризик рецидиву кровотечі.

Результати й обговорення. Під час ендоскопічного втручання кровотечу зупинено у всіх пацієнтів. Ускладнень від проведення гемостазу не спостерігали. Було 17 випадків рецидиву кровотечі у 16 (12,2%) пацієнтів. Частіше рецидивували кровотечі із виразки дванадцятипалої кишки (16,3%), рідше - шлунка (6,8%). Летальність після ендоскопічного гемостазу була 3,9%, водночас, як без нього - 9,4%, загалом, летальність становила 6,5%.

Висновки. Встановлено, що ендоскопічний гемостаз, зокрема застосування аргоноплазмової коагуляції у поєднанні із інфільтраційним методом є високоефективним способом зупинки кровотечі, особливо у пацієнтів із високим операційним ризиком, похилого віку, із триваючими кровотечами. Однак, при пенетруючих виразках задньої стінки дванадцятипалої кишки ендоскопічний гемостаз за допомогою аргоноплазмової коагуляції не може повною мірою претендувати на метод остаточної зупинки кровотечі. Таких пацієнти повинні готувати до невідкладного або екстреного операційного втручання.

Ключові слова: гастродуоденальна виразкова кровотеча, аргоноплазмова коагуляція

Abstract

MODERN OPPORTUNITIES OF ENDOSCOPIC ARREST OF GASTRODUODENAL BLEEDING

I. Ya. DZUBANOVSKY¹, I. M. DEYKALO¹,
I. L. KORSHOVSKY²

¹ SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky", Ministry of Health of Ukraine

² Ternopil City Municipal Hospital of Emergency Care

Aim. Improving care to patients with bleeding

gastroduodenal ulcers using endoscopic argon plasma coagulation to achieve haemostasis.

Material and Methods. Results of treatment of 139 patients with bleeding gastroduodenal ulcers have been analysed. A prolonged bleeding was observed in 35 (23%) endoscopies (FIA - 10, FIB - 14, FIX - 11), and a stopped bleeding - in 117 (77%) (FIIA - 41, FIIB - 45, FIIC - 23, FIID - 8). The indication for endoscopic haemostasis was FI bleeding; for FIIA and FIIB cases, prophylaxis of relapse was performed. No endoscopic haemostasis was performed for FIIC or FIID cases due to the low risk of recurrent haemorrhage.

Results and Discussion. Upon endoscopy, the bleeding was stopped in all the patients. No complications of haemostasis were observed. Haemorrhage recurred 17 times in 16 patients (12,2% of cases). The most prone to recurrent bleeding were duodenal ulcers (16,3%) as compared to gastric ulcers (7,1%). Mortality observed after haemostasis - was 3,9% ; without haemostasis - in 9.4%. Total mortality was 6,5%.

Conclusions. Endoscopic haemostasis, particularly employing argon plasma coagulation combined with infiltration method, has proved to be a very efficient way to arrest bleeding, especially in patients with a high operative risk, elderly patients, or patients with continuous bleeding. However, in cases of penetrating ulcers of posterior wall of duodenum, haemostasis based on endoscopic argon plasma coagulation is unable to completely arrest the bleeding, and patients with the above problem have to be prepared for an emergency surgery.

Key words: bleeding gastroduodenal ulcer, argon plasma coagulation

Вступ

Частота гастродуоденальних виразкових кровотеч (ГДВК) залишається високою. Летальність при цьому ускладненні, за джерелами літератури, є у межах від 4,8% до 8,7%, а післяопераційна летальність сягає до 12,2% [1-3]. Застосування ендоскопічних методів зупинки кровотечі дозволяє суттєво зменшити необхідність проведення екстреної операції (особливо на висоті кровотечі або її рецидиву), а відтак і летальність [2-7]. Та й самі операції інвалідизують пацієнтів, подовжують реабілітаційний період і в разі збільшують вартість лікування. Однак, ендоскопічні методи гемостазу також мають не безмежні можливості і потребують подальшого вивчення.

Метою праці було покращення результатів надання допомоги хворим із гастродуоденальною виразковою кровотечею за допомогою ендоскопічного гемостазу (ЕГ) методом аргоноплазмової коагуляції (АПК).

Матеріал і методи

Проаналізовано результати лікування 139 хворих із ГДВК. Серед пацієнтів було 38 (27,3%) жінок і 101 (72,7%) чоловік. Вік пацієнтів становив від 20 до 91 року, в середньому - 58 років. У віці 20-59 років було 70 (50,4%) хворих, від 60 до 79 років - 50 (36%), після 80 років - 19 (13,6%) хворих. У 59 (42,4%) хворих діагностовано кровоточиву виразку шлунка, у 80 (57,6%) - дванадцятипалої кишки (ДПК). Крововтрата I ступеню були у 62 (44,6%) хворих, II - в 44 (31,7%), III - в 33 (23,7%) хворих. Усім пацієнтам проводили екстрене ендоскопічне обстеження протягом 1-2 години від моменту надходження. Оцінку ступеню активності кровотечі проводили за класифікацією Forrest у модифікації В.І. Нікішаєва. Триваюча кровотеча була при 35 (23%) ендоскопіях (FIA - 10 (6,6%), FIB - 14 (9,2%), FIX - 11 (7,2%)), зупинена - при 117 (77%) (FIIA - 41 (27%), FIIB - 45 (29,6%), FIIC - 23 (15,1%), FIIP - 8 (5,3%)). Ознаки ненадійної спонтанної зупинки кровотечі (FIIA і FIIB) відмічали у 86 (56,6%) хворих.

У 76 обстежуваних проведено 89 ЕГ. Показанням до ЕГ була активність кровотечі FI. При FIIA і FIIB проводили профілактику рецидиву кровотечі (РК). ЕГ при FIIC і FIIP не проводили через відсутність триваючої кровотечі і низький ризик РК [1]. Інфільтраційний гемостаз (фізрозчин із розчином адреналіну або без нього) проведено у 33 випадках, в тому числі у 11 - при триваючій кровотечі. АПК проведено у 19 ви-

падках, у 6 із них із триваючою кровотечею. У 37 випадках (в тому числі у 18 пацієнтів із триваючою кровотечею) використано комбінований метод гемостазу: інфільтраційний метод як перший етап із подальшою АПК. Для АПК використовували апарат ERBE APC300 (Німеччина).

Пацієнтам після ендоскопічного гемостазу проводили ендоскопічний моніторинг у межах 6 год після процедури, при високому РК (FIIA, FIIB) застосовували повторний гемостаз і динамічне ендоскопічне спостереження.

Ризик РК і летальності оцінювався за шкалою Роккал.

Результати й обговорення

Під час проведення ендоскопічного втручання кровотечу зупинено усім пацієнтам. Ускладнень від проведення ЕГ не спостерігали.

Відмічали 17 випадків РК, найчастіше на 1 добу після надходження у стаціонар. Частіше рецидивували кровотечі із виразки дванадцятипалої кишки (16,3%), шлунка - рідше (6,8%). Загалом, РК був у 12,2% випадках, після гемостазу в 12,4%, без гемостазу - в 9,5% (табл. 1).

Слід відмітити, що ЕГ проводили пацієнтам зі складнішою клінічною і ендоскопічною ситуацією, усім пацієнтам із триваючими кровотечами і переважній більшості хворих із FIIA, що супроводжувалося суттєво вищим ризиком РК. Окрім того, ендоскопічний моніторинг виконували тільки після ЕГ, у інших випадках незначні за обсягом РК, що спонтанно зупинялися, не діагностували. Зменшувався також ризик ендоскопічно стимульованих кровотеч. Також у 4 пацієнтів із триваючою кровотечею із глибоких кальозних виразок, яким проводили комбінований гемостаз, не було відмічено ефекту від інфільтра-

Таблиця 1

Частота рецидивів кровотечі в залежності від локалізації, критеріїв за Forrest

Стигмати кровотечі	Локалізація	Триваюча кровотеча			Зупинена кровотеча				Усього
		FIA	FIB	FIX	FIIA	FIIB	FIIC	FIIP	
Із ЕГ інфільтраційним методом	Шлунок	3 (1)	1	2	6	4			16(1)
	ДПК	1	1	3 (2)	10 (1)	2			17(3)
Із ЕГ із АПК	Шлунок	4 (1)	1	1	8	3			17(1)
	ДПК	2	11(2)	5(2)	13(1)	8(1)			39(6)
Всього із ЕГ		10(2)	14(2)	11(4)	37(2)	17(1)			89(11)
Без ЕГ	Шлунок				1	14 (2)	11	3	29(2)
	ДПК				3	14(4)	12	5	34(4)
					4	28(6)	23	8	63(6)
Всього		10(2)	14(2)	11(4)	41(3)	45(8)	23	8	152(17)

*- у дужках подано кількість РК

Таблиця 2

Частота рецидиву кровотечі і смертності в залежності від кількості балів за шкалою Роккала

Локалізація виразки	Кількість балів	1	2	3	4	5	6	7	>8
Шлунок	Кількість пацієнтів	1	2	5	13	11	5	5	17
	Кількість РК				1	1			2
	Кількість померлих						1		4
ДПК	Кількість пацієнтів	12	2	14	15	20	4	7	6
	Кількість РК				2	5	1		5
	Кількість померлих				1	1	1		1
Всього	Кількість пацієнтів	13	4	19	27	31	10	12	23
	Кількість РК				3	6	1	1	6
	Кількість померлих				1	1	2		5

ційного методу і кровотечу вдалося зупинити виключно за рахунок АПК.

Ми виявили, що доцільно застосовувати АПК без інфільтрації тканин при помірній кровотечі (F1b) без видимої крупної судини, при кальозних виразках, особливо при струменевій кровотечі (при цьому не витрачається час на не ефективну інфільтрацію).

Спостерігали 11 випадків РК після ендоскопічного гемостазу.

У 3 пацієнтів виникла ендоскопічно стимульована кровотеча при повторному огляді. Згідно джерел літератури [1] не відмічено різниці у ефективності програмованих повторних втручань і ендоскопії, що виконується у екстремому порядку при розвитку РК. Згідно наших спостережень, контрольні ендоскопії збільшують кількість рецидивів. Питання відмови від моніторингу потребує подальшого вивчення.

Зупинити кровотечу ендоскопічними методами вдалося 9 хворим. Оперований 1 хворий, якому проводили лише інфільтраційний гемостаз.

Відносно високу частоту РК після гемостазу із використанням АПК пояснюємо неможливістю об'єктивізації глибини коагуляції, ризиком перфорації стінки кишки, наявністю кальозних, пенетруючих виразок цибулини дванадцятипалої кишки, при коагуляції у яких виникає больовий синдром, що унеможлиблює ефективну

АПК та може бути причиною РК.

Без проведення гемостазу виникло 7 РК: 2 вдалося зупинити консервативними методами, 2 - ендоскопічно, 1 хворий оперований.

Джерелом кровотечі в обох випадках, у яких проведено операційне лікування, була виразка дванадцятипалої кишки із пенетрацією в голівку підшлункової залози, що узгоджується із даними інших досліджень [8]. Проведено прошивання кровоточивої судини із екстериторизацією виразки. Післяопераційний період в обох хворих перебігав без особливостей. Операційна активність склала в наших спостереженнях 1,4% із нульовою післяопераційною летальністю. Ці показники кращі, ніж у аналогічних дослідженнях [2, 3, 5, 6] (табл. 2).

Відмічається висока кореляція між кількістю балів за шкалою Роккала і летальністю (коефіцієнт кореляції Пірсона 0,66), середня - із кількістю РК (коефіцієнт 0,4). Такі ж дані приводять й інші дослідники [1, 9-12]. Кровотеча із виразок ДПК рецидивує часто і при невисоких показниках за шкалою Роккала (табл. 3, 4).

Летальність вища у хворих із виразками шлунка, очевидно через більш виражену супровідну патологію. Проте, всі 3 пацієнти, які померли внаслідок геморагічного шоку як наслідку РК, мали пенетруючі виразки цибулини дванадцятипалої кишки.

Таблиця 3

Основні показники лікування хворих з ГДВК

Локалізація виразки	Шлунок	ДПК
Кількість хворих	59	80
%	42,4	57,6
Кількість хворих із РК	4	12
%	6,8	16,3
Летальність	5	4
%	8,5	5
Прооперовано	0	2
%	0	2,5
Післяопераційна летальність	0	0

Структура летальності при кровотечах

Причина смерті	Після ЕГ		Без ЕГ		Всього	
	Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%
Декомпенсація супровідної патології	2	2,6	4	6,3	6	4,3
Геморагічний шок	1	1,3	2	3,1	3	2,2
Всього	3	3,9	6	9,4	9	6,5

Висновки

1. Ендоскопічний гемостаз, зокрема застосування АПК у поєднанні із інфільтраційним методом, є високоєфективним способом зупинки кровотечі, особливо у пацієнтів із високим операційним ризиком, похилого віку, із триваючими кровотечами.
2. При пенетруючих виразках ДПК ендоскопічний гемостаз не може повною мірою претендувати на метод остаточної зупинки кровотечі, особливо у пацієнтів із високим прогностичним ризиком РК. Ці пацієнти підлягають превентивним оперативним втручанням на випередження РК.

Література

1. Barkun A.N. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding [Guideline] / A.N. Barkun, M. Bardou, E.J. Kuipers et al. // Ann. Intern. Med. - 2010. - V. 152(2).
2. Kondratenko PG Adverse outcomes of patients with chronic bleeding from gastroduodenal ulcers: an analysis of the causes and ways of their elimination / Kondratenko PG, Radenko EE, Zharikov SO. // - Ukrainian Journal Surgery. 2014. - №1 (24). - from. 111-116. Russian (Кондратенко П.Г. Неблагоприятные исходы лечения больных с кровотечением из хронических гастродуоденальных язв: анализ причин и пути их устранения/ Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е., Жариков С.О.// - Український журнал хірургії. 2014. - №1(24). - с. 111-116).
3. Radchenko EE Evaluation of endoscopic hemostasis in patients with acute bleeding from upper digestive tract: Author. Thesis ... candidate. med. Sciences: 14.01.03 / EE Radenko; SI "Institute Emergency and Reconstructive Surgery. V.K.Husaka Medical Sciences of Ukraine." - Donetsk, 2009. - 20 p. Ukrainian (Раденко Є.Є. Оцінка ефективності ендоскопічного гемостазу у хворих на гостру кровотечу з верхніх відділів травного каналу: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Є.Є. Раденко; ДУ "Ін-т невідклад. і віднов. хірургії ім. В.К.Гусака АМН України". - Донецьк, 2009. - 20 с.).
4. Improved algorithms for diagnosis and treatment of acute gastrointestinal bleeding: Guidelines / PD Fomin [and others.] Ukrmedpatentinform Health of Ukraine. - K. : BV, 2012. Ukrainian (Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі: Мето-

дичні рекомендації / П.Д. Фомін [і ін.]; Укрмедпатентінформ МОЗ України. - К.: Б.В, 2012).

5. Semeniuk Yu Justification active surgical tactics in patients with gastroduodenal ulcer bleeding / Yu Semeniuk, VG // Minich Hospital Surgery. - 2013. - № 4. - P. 75-79. Ukrainian (Семенюк Ю. С. Обґрунтування активної хірургічної тактики у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами / Ю. С. Семенюк, В. Г. Мініч // Шпитальна хірургія. - 2013. - № 4. - С. 75-79).
6. Yu Semeniuk The differential treatment of patients with ulcerous gastroduodenal bleeding / Semeniuk Yu, Minich VG Dzyubanovsky IJ // Surgery. Eastern Europe. - 2014. - № 3 (11). - S. 112-118. Russian (Семенюк Ю.С. Дифференциальное лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями/ Семенюк Ю.С., Минич В.Г., Дзюбановский И.Я. // Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - № 3 (11). - С. 112-118).
7. Stepanov YM Methods endoscopic haemostasis with bleeding from upper / YM Stepanov, AA Krylov, SI Feschenko. // Gastroenterologia 2014. - №1 - S. 84-93. Ukrainian (Степанов Ю.М. Методи ендоскопічного гемостазу при кровотечах із верхніх відділів/ Степанов Ю.М., Крилова О.О., Фещенко С.І.// Гастроентерологія. - 2014. - №1 - С. 84-93).
8. Izbickiy VV Complex endoscopic treatment of acute gastrointestinal bleeding ulcer etiology / VV Izbickiy SN Gulevsky // Zaporozhye Medical Journal. - 2013. - № 3. - S. 25-27. Russian (Избицкий В.В. Комплексное эндоскопическое лечение острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / В.В. Избицкий, С. Н. Гулевский // Запорожский медицинский журнал. - 2013. - № 3. - С. 25-27).
9. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. Arch Intern Med. 2007; 167: 265-70.
10. Enns RA, Gagnon YM, Barkun AN, Armstrong D, Gregor JC, Fedorak RN; RUGBE Investigators Group. Validation of the Rockall scoring system for outcomes from nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a Canadian setting. World J Gastroenterol. 2006; 12: 7779-85.
11. Church NI, Dallal HJ, Masson J, Mowat NA, Johnston DA, Radin E, et al. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. Gastrointest Endosc. 2006; 63: 606-12.
12. Soncini M, Triossi O, Leo P, Magni G, Bertele AM, Grasso T, et al. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in the Italian Gastroenterology Units. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2007; 19: 543-7.