

## ФАКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОЇ КРОВОТЕЧІ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ГОСТРОЇ ВИРАЗКОВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ

Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Єфремов В.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, Україна,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8186-4024>,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-6128>,

e-mail: [Shepevgen@gmail.com](mailto:Shepevgen@gmail.com)

**Резюме.** Проаналізовано 690 пацієнтів з гострою дуоденальною виразковою кровотечею у віддаленому періоді, з яких – 470 в основній групі (2004–2008 р.р.) та 220 – в контрольній (1994р., 1996р.). В основній групі оперований 21 (4,5 %) пацієнт, консервативно лікували – 449 (95,5 %), а в контрольній групі оперовано – 94 (42,7 %), консервативно лікували – 126 (57,3 %) пацієнтів. У віддаленому періоді проведено 311 обстежень пацієнтів, що включало ФЕГДС, рН-метрію та швидкий уреазний тест (CLO-тест). На основі кореляційного аналізу з обрахуванням рангового коефіцієнта кореляції Спірмена встановлені фактори ризику повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді:

1) прямий кореляційний зв'язок між розміром виразки від 1 см і вище та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ );

2) прямий кореляційний зв'язок між віком 60 років і старше та частотою повторної ГВДК у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ );

3) зворотній кореляційний зв'язок між класом препаратів для ерадикаційної терапії та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = -0,9$ ,  $p = 0,037$ );

4) вид лікування, що застосовується (консервативне чи оперативне, що знижує ризик повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді в 11,36 разів ( $\chi^2 = 9,889711$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,00166$ ).

**Ключові слова:** кровоточива дуоденальна виразка, віддалені результати, прогностична шкала.

**Вступ.** Незважаючи на широке застосування сучасних методів ендоскопічного гемостазу, летальність при «верхніх гастродуоденальних кровотечах» протягом останніх років (2012, 2013) не знизилась порівняно з минулим періодом (1997, 1998) [1, 2], при цьому зростає частота виявлення виразки з високим ризиком раннього рецидиву кровотечі [2].

Для визначення тактики лікування гострих виразкових дуоденальних кровотеч (ГВДК) вельми важливим є визначення факторів ризику раннього рецидиву кровотечі, тобто кровотечі, що відбувається повторно під час стаціонарного лікування пацієнта з ГВДК, а також факторів ризику повторної кровотечі, яка відбувається у віддаленому періоді після виписки зі стаціонару, причому публікації з цього приводу носять поодинокий характер.

**Обґрунтування дослідження.** Різні групи дослідників виділяють наступні фактори повторної кровотечі у віддаленому періоді після першого епізоду ГВК: шість балів за шкалою Rockall та вище при першому поступленні в стаціонар [3]; реінфекцію *H.pylori*, а також прийом НСПЗ після лікування ГВДК і ерадикації, з частотою повторних кровотеч 0,5 % протягом 2 років, або 0,15 % на пацієнта на рік дослідження [4]. Факторами, що зменшують ризик повторної гастродуоденальної кровотечі у віддаленому періоді, є тривалий прийом ІПП [6], ерадикація *H.pylori* [7].

Крім того, за даними деяких авторів, епізод гострої гастродуоденальної кровотечі є фактором, що сприяє зрос-

тання летальності у таких пацієнтів у віддаленому періоді. Miilunpohja S. et al. (2017) [2] з'ясували, що летальність у віддалені терміни після лікування достовірно втричі вище порівняно з групою контролю (без кровотечі в анамнезі) – 34,1 % проти 12,1 % ( $p < 0,001$ ), при спостереженні протягом 32 місяців. Підвищений ризик смерті спостерігається протягом 3-х років після кровотечі.

Laursen S.B. et al. [5] виділяють наступні фактори летальності у віддаленому періоді після пептичної виразкової кровотечі (10 років спостереження): вік, супутня патологія, чоловіча стать, анемія, тютюнопаління.

Шляхом біваріантного та мультиваріантного аналізу Marine Camus et al. (2016) [8] визначили фактори ризику для 30-денної летальності та рецидиву кровотечі протягом даного терміну: розмір виразки більше 10 мм (частота рецидиву кровотечі зростає на 6 % на кожні 10 % розміру виразки більше 10 мм), «великі» стигмати кровотечі (F1A, F1B, F1A, F1B), початок первинної кровотечі в стаціонарі, кровотеча в анамнезі, високі бали прогностичної шкали CURE (Center for Ulcer Research and Education), а Kim J.C. et al. (2018)[9] за допомогою уніваріантного аналізу визначили інші показники: вік, вживання НПЗЗ, стероїдів, індекс маси тіла, рівень альбуміну, вживання великої кількості медикаментів, наявність гематемезис/гематоксезії, в той час як за даними мультиваріантного аналізу лишилися такі фактори: наявність супутньої патології, використання великої кількості медикаментів, рівень альбуміну, наявність гематемезис/гематоксезії. Дані фактори незалежно асоціюються з рецидивом кровотечі протягом 30 днів. Дослідження останніх років свідчать про те, що дуже важливим є винайдення методу, який дозволив би прогнозувати ризик повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді після стаціонарного лікування.

**Мета дослідження.** Розробити шкалу прогнозування ризику повторної кровотечі у віддаленому періоді після перенесеної гострої виразкової дуоденальної кровотечі.

**Матеріали та методи.** Аналізу піддано 690 пацієнтів у віддаленому періоді, що лікувались у хірургічній клініці №3 НМУ імені О.О.Богомольця і в Центрі шлунково-кишкових кровотеч на базі КМКЛ №12 з приводу ГВДК, з яких 470 основної групи (2004–2008 р.р.) та 220 – контрольної (1994р., 1996р.). В основній групі оперований 21 (4,5 %) пацієнт, консервативно лікувалось – 449 (95,5 %), а в контрольній групі оперовано – 94 (42,7 %), консервативно лікувалось – 126 (57,3 %) пацієнтів. У віддаленому періоді в науково-лікувально-діагностичному відділенні медичного науково-практичного об'єднання «Медбуд» проведено обстеження 311 пацієнтів, що включало ФЕГДС, рН-метрію та швидкий уреазний тест (CLO-тест). Результати дослідження узагальнено та проаналізовано методами статистики за допомогою статистичного пакету програми MedCalc 10.0.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Показник частоти рецидивів виразки після консервативного лікування знизився в 2,2 рази (з 19,05 % до 8,68 %,  $p = 0,0010$ ,  $p < 0,05$ ), як і процент повторних кровотеч у відда-

леному періоді – в 1,93 рази (з 15,08 % до 7,8 %,  $p=0,0136$ ,  $p<0,05$ ) (табл. 1). Кількість задовільних результатів також знизилось в 14,41 разів (з 3,17 % до 0,22 %,  $p=0,0017$ ,  $p<0,05$ ).

Порівнюючи віддалені результати оперативного лікування в обох групах по модифікованій шкалі Visick, виявлено, що за градацією Visick IV статистично достовірної різниці немає (0 та 2,13 % відповідно,  $p=0,5012$ ,  $p>0,05$ ), однак слід відмітити, що в основній групі незадовільних результатів не було. Рецидив виразки в основній групі (опе-

ративне лікування + консервативне) відбувся у 8,3 % пацієнтів, а в контрольній – у 11,82 %. Важливим є фактичне, хоча й недостовірне, зменшення кількості рецидивів виразки у віддаленому періоді в 1,42 рази (з 11,82 % до 8,3 %,  $p=0,1407$ ,  $p>0,05$ ).

В основній групі серед пацієнтів, яких лікували консервативно на госпітальному етапі, повторна кровотеча виникла у 7,8 % випадків, а рецидив виразки – у 8,68 % випадків (табл. 1), в той час як у оперованих в основній групі повторних кровотеч та рецидивів виразки не було.

Таблиця 1

**Повторні виразкові шлунково-кишкові кровотечі  
(у віддаленому періоді при консервативному та оперативному лікуванні)**

Групи	метод лікування	Повторна ГВДК N (%)	Visick IV N (%)	Обстежено пацієнтів N
Основна група (2004–2008)	консерват. (%)	35 (7,8 %)	39 (8,68 %)	449
	оператив. (%)	0	0	21
p		0,1840	0,1593	
Всього		35 (7,44 %)	39 (8,3 %)	470
Контрольна група (1994, 1996)	консерват. (%)	19 (15,08 %)	24 (19,05 %)	126
	оператив. (%)	1 (1,06 %)	2 (2,13 %)	94
p		0,0004	0,0002	
Всього		20 (9,09 %)	26 (11,82 %)	220
Всього	консерват. (%)	54 (9,39 %)	63 (10,95 %)	575
Всього	оператив. (%)	1 (0,87 %)	2 (1,74 %)	115
p (між консервативним основної та контр. груп)		0,0136	0,0061	
p (між операт. двох груп)		0,6365	0,5012	
p (між оперативним та консерват.)		0,0022	0,0021	
Всього		55 (7,97 %)	65 (9,42 %)	690
p між основною та контрольною групою всього		0,4559	0,1407	

В контрольній групі пацієнтів після консервативного лікування повторна кровотеча у віддаленому періоді виникла у 15,08 % випадків, а рецидив виразки – у 19,05 % хворих, тоді як серед оперованих в контрольній групі повторна кровотеча виникла у 1,06 % випадків, а рецидив виразки – у 2,13 % пацієнтів.

Відсутність повторних кровотеч та рецидивів виразки у віддаленому періоді у оперованих пацієнтів основної групи та дуже невеликий відсоток їх (1,06 % та 2,13 %) у оперованих пацієнтів контрольної групи можна пояснити усуненням з допомогою оперативного втручання морфофункціональних передумов виникнення рецидиву виразки у віддаленому періоді.

В основній групі серед пацієнтів з Н.р. (+) виразками (при поступленні) згодом рецидив виразки відбувся у 2,6 %, або в 1,67 рази рідше, ніж серед пацієнтів з Н.р. (–) виразками (4,34 %,  $p=0,3548$ ,  $p>0,05$ ).

Стосовно повторних виразкових кровотеч у віддаленому періоді, то серед пацієнтів з Н.р. (+) виразками (при поступленні) вони виявлені були у 1,5 % випадків, або в 2,89 разів рідше, ніж серед пацієнтів з Н.р. (–) виразками (4,34 %,  $p=0,0668$ ,  $p>0,05$ ). На Рис. 1 представлено зв'язок Н.р.улогі-асоційованості ДВ у віддаленому періоді з повторною кровотечею і рецидивом виразки у віддаленому періоді (311 пацієнтів). В основній групі у віддаленому періоді серед Н.р. (+) пацієнтів рецидив виразки виявлено у 5,26 % випадків, або у 2,36 рази більше, ніж серед Н.р. (–) пацієнтів (2,23 %,  $p=0,3016$ ,  $p>0,05$ ). Повторної кровотечі серед Н.р. (+) пацієнтів основної групи не спостерігалось, а серед Н.р. (–) воно виникло у 2,23 % випадків (рис. 1). Серед обстежених у віддаленому періоді пацієнтів контрольної групи при Н.р. (+) тесті не було ані рецидиву виразки, ані повторної кровотечі. У пацієнтів з Н.р. (–) тестом рецидив виразки у віддаленому періоді виявлений у 6,55 % випадків, а повторна кровотеча – у 1,64 %.

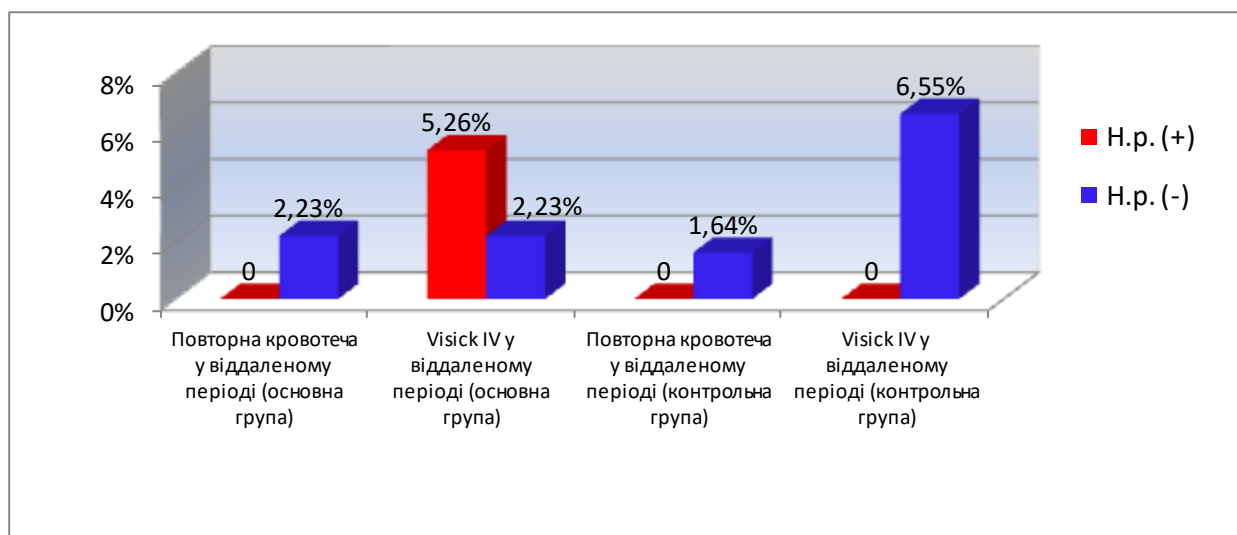


Рис. 1. Повторні виразкові кровотечі та рецидив дуоденальної виразки у Н.р. (+) та Н.р. (-) пацієнтів у віддаленому періоді.

В цілому в обох групах серед Н.р. (+) пацієнтів кровотеч у віддаленому періоді не виявлено, а серед Н.р. (-) воно мало місце у 2,08 % випадків ( $p=0,2215$ ,  $p>0,05$ ). Рецидиви виразки у віддаленому періоді відбулись у Н.р. (+) пацієнтів у 2,82 % випадків, а серед Н.р.(-) у 3,33 % випадків ( $p=0,8306$ ,  $p>0,05$ ), хоча й не достовірно, але у 1,18 разів частіше.

При аналізі віддалених результатів оперативного лікування за весь період дослідження в цілому після оперативних втручань у віддаленому періоді відмінні результати отримані у 13,04 % хворих, добрі – у 77,39 %, задовільні – у 7,83 % та незадовільні – у 1,74 % пацієнтів. Після СПВ + ПП, КВ + ПП, РЖ за Б-1, ізольованої ПП, ДП усі віддалені результати були відмінними та добрими. Повторна ГВДК у віддаленому періоді (через 10 років) виникла у 1 пацієнта після операції з приводу гострокровоточивої кальозної стенозуючої та пенетруючої виразки ДПК (ТВ + ПП, доопераційний виразковий анамнез 16 років).

Серед пацієнтів основної групи після оперативного лікування у віддаленому періоді обстежено 21 пацієнт з 53, відмінні результати отримані у 14,29 %, добрі – у 80,95 %, задовільні – у 4,76 %. Необхідно відмітити, що рецидивів виразки та повторних кровотеч у віддаленому періоді в цій групі пацієнтів не було. В контрольній групі після оперативного лікування у віддаленому періоді відмінні результати отримані у 12,77 %, добрі – у 76,6 %, задовільні – у 8,51 %, незадовільні (рецидив виразки) – у 2,13 % пацієнтів. Повторна кровотеча з рецидивом виразки у віддаленому періоді виникла у 1 пацієнта після стовбурової ваготомії з пілоропластикою. В основній групі пацієнтів після оперативного лікування випадків Visick IV не було, а в контрольній – 2,13 % ( $p=0,5012$ ;  $p>0,05$ ).

Після різних схем антихелікобактерної терапії у пацієнтів основної групи рецидиви виразки у віддаленому періоді виникли у 8,68 % випадків, з них після потрійної терапії – у 6,13 % випадків, і це виявилось в 3,07 рази менше, ніж після монотерапії (18,82 %,  $p=0,00001$ ,  $p<0,05$ ), а порівняння з підгрупою хворих, що отримували квадротерапію, було недостоєрно в 3,26 рази рідше (20 %,  $p=0,2064$ ,  $p>0,05$ ). Найкращий ефект у відношенні профілактики рецидиву виразки спостерігався після застосування схеми контролок + клацид + амоксил (відсутність рецидиву виразки у віддаленому періоді).

Після застосування препарату пілобакт-нео рецидив виразки розвинувся у 5,1 % випадків, або у 3 рази рідше, ніж при застосуванні клатинолу (15,38 %,  $p=0,1243$ ,

$p>0,05$ ), на 2,36 % менше, ніж при застосуванні орністату (7,46 %,  $p=0,4726$ ,  $p>0,05$ ), та на 3,67 % менше, ніж при застосуванні схеми клацид + амоксил + оmez або ланзап (8,77 %,  $p=0,3027$ ,  $p>0,05$ ). Після застосування інших схем «потрійної терапії» рецидивів виразки не було виявлено ( $p=0,2885$ ,  $p>0,05$ ).

Повторна ГВДК у віддаленому періоді в основній групі виникла у 7,8 % випадків після консервативного лікування з мінімальним показником після потрійної терапії (5,57 %), причому в 3,6 рази меншим, ніж після монотерапії (20 %,  $p=0,00001$ ,  $p<0,05$ ). Найкращий ефект показала схема контролок + клацид + амоксил (відсутність повторних кровотеч у віддаленому періоді) ( $p=0,4033$ ,  $p>0,05$ ). Після квадротерапії повторних кровотеч не було, а після застосування пілобакту-нео у віддаленому періоді повторні кровотечі виникли у 3,57 % пацієнтів, або в 6,46 рази, 2,1 рази, 2,46 рази рідше, ніж після використання клатинолу (23,08 %,  $p=0,0016$ ,  $p<0,05$ ), орністату (7,46 %,  $p=0,1888$ ,  $p>0,05$ ), та схеми оmez (ланзап) + клацид + амоксил (8,77 %,  $p=0,0925$ ,  $p>0,05$ ) відповідно.

У контрольній групі серед пацієнтів, що лікувались консервативно, рецидиви виразки у віддаленому періоді виникли всього у 19,05 % випадків, причому після монотерапії – у 17,43 %, після потрійної – у 38,46 % випадків ( $p=0,0739$ ,  $p>0,05$ ). Повторна кровотеча після консервативного лікування у віддаленому періоді в контрольній групі відбулась в 15,08 % випадків, причому після потрійної терапії – 7,69 %, або в 2,03 рази рідше, ніж після монотерапії (15,6 %,  $p=0,4487$ ,  $p>0,05$ ). Квадротерапія супроводжувалась повторною кровотечею у віддаленому періоді тільки у одного пацієнта.

Динаміка рецидивів виразки та повторних кровотеч при різних схемах противиразкової терапії показала, що при монотерапії антисекреторними препаратами частота рецидивів виразки у віддаленому періоді не відрізнялась у основній групі порівняно з контрольною (18,82 % проти 17,43 %,  $p=0,803$ ,  $p>0,05$ ), а відсоток повторних кровотеч недостоєрно відрізнявся на 4,4 % (20 % в основній та 15,6 % в контрольній,  $p=0,4248$ ,  $p>0,05$ ). Після застосування потрійної терапії кількість рецидивів виразки у віддаленому періоді в основній групі виявилась достовірно в 6,27 рази менше, ніж в контрольній (6,13 % та 38,46 %,  $p=0,00001$ ,  $p<0,05$ ), що можна пояснити більшою ефективністю застосованих схем терапії, а частота повторних кровотеч у віддаленому періоді між основною та контрольною групами статистично недостоєрно відрізня-

лась на 2,12 % (5,57 % та 7,69 % відповідно,  $p=0,8049$ ,  $p>0,05$ ). Після застосування схеми квадротерапії частота рецидиву виразки та повторних кровотеч у віддаленому періоді статистично достовірно не відрізнялись (за рецидивами виразки 20 % та 0,  $p=0,3744$ ,  $p>0,05$ ; за повторними кровотечами 0 та 25 %,  $p=0,3169$ ,  $p>0,05$ ). Ці дані не мають статистично достовірних відмінностей з огляду на малу кількість пацієнтів, що отримували квадротерапію (5 осіб в основній групі та 4 в контрольній).

Проаналізовані віддалені результати оперативного лікування при застосуванні різних схем антихелікобактерної терапії. В основній групі серед оперованих пацієнтів ( $N=53$ ) 45 з них отримували противиразкове лікування, в тому числі 38 (84,4 %) – монотерапію, а 7 (15,55 %) – потрійну терапію. Дані обстежень та анкетного опитування у 15 пацієнтів свідчили про відсутність рецидивів виразки та повторних ГВШК у цій групі.

У контрольній групі усі 310 пацієнтів отримували противиразкову терапію, з них 97,42 % – монотерапію, 2,58 % – потрійну. Рецидиви виразок відбулись у 2,2 % пацієнтів, а повторні кровотечі у віддаленому періоді – у 1,1 % пацієнтів. Квадротерапію серед оперованих пацієнтів не отримували ніхто.

З 311 пацієнтів, обстежених у віддаленому періоді із застосуванням швидкого уреазного тесту, у 77,17 % Н.р.-

тест виявився негативним, а в 22,83 % його результати були позитивними. У віддаленому періоді Н.р.(–) пацієнтів стало в 1,27 рази більше в основній групі порівняно з контрольною (82,49 % проти 64,89 %,  $p=0,0008$ ,  $p<0,05$ ), а Н.р.(+) – відповідно удвічі менше (17,51 % та 35,11 %,  $p=0,0008$ ,  $p<0,05$ ), що можна пояснити широким застосуванням ІПП та схем антихелікобактерної терапії в основній групі порівняно з контрольною.

На основі кореляційного аналізу з обчисленням рангового коефіцієнту кореляції Спірмена встановлені фактори ризику повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді (Пат. України №87653, 2014) [10]: 1) прямий кореляційний зв'язок між розміром виразки від 1 см і вище та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p<0,00001$ ); 2) прямий кореляційний зв'язок між віком 60 років і старше та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p<0,00001$ ); 3) зворотній кореляційний зв'язок між класом препаратів (моно-, потрійна терапія, комплексні препарати) та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = -0,9$ ,  $p = 0,037$ ) (табл. 2); 4) вид лікування, що застосовується (консервативне або оперативне), що знижує ризик повторної виразкової кровотечі в 11,36 разів ( $\chi^2=9,889711$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00166$ ).

Таблиця 2

Повторні ГВДК в залежності від виду антихелікобактерної терапії

Групи пацієнтів	Моноте-рапія	Клатинол	Клацид+ амоксил+ оmez або ланзап	Орністат	пілобакт-нео
Основна група (%)	368 (23,34 %)	72 (4,5 %)	177 (11,22 %)	229 (14,52 %)	627 (39,76 %)
Обстежені у віддаленому періоді, N	75	13	57	67	196
Повторна ГВДК (%)	<b>15 (20 %)</b>	<b>3 (23,08 %)</b>	<b>5 (8,77 %)</b>	<b>5 (7,46 %)</b>	<b>7 (3,57 %)</b>
Контрольна група (%)	310 (89,86 %)	2 (0,58 %)	1 (0,29 %)	0	1 (0,29 %)
Повторна ГВДК (%)	17 (15,6%)	0	0	0	0

**Висновки:** На основі кореляційного аналізу з обчисленням рангового коефіцієнту кореляції Спірмена встановлені фактори ризику повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді: 1) прямий кореляційний зв'язок між розміром виразки від 1 см і вище та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p<0,00001$ ); 2) прямий кореляційний зв'язок між віком 60 років і старше та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = 1$ ,  $p<0,00001$ ); 3) зворотній кореляційний зв'язок між класом препаратів (моно-, потрійна терапія, комплексні препарати) та частотою повторної виразкової кровотечі у віддаленому періоді ( $r = -0,9$ ,  $p=0,037$ ); 4) вид лікування, що застосовується (консервативне або оперативне), що знижує ризик повторної виразкової кровотечі в 11,36 разів ( $\chi^2=9,889711$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00166$ ).

**References:**

1. Miilunpohja S., Jyrkkä J., Kärkkäinen J.M., Kastarinen H., Heikkinen M., Paajanen H., Rantanen T., Hartikainen J. Long-term mortality and causes of death in endoscopically verified upper gastrointestinal bleeding: comparison of bleeding patients and population controls. Scand J Gastroenterol. 2017, Nov; 52(11): 1211 - 1218.  
2. Wang J., Cui Y., Wang J., Chen B., He Y., Chen M. Clinical epidemiological characteristics and change trend of upper gastrointestinal bleeding over the past 15 years [Article in Chinese]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2017, Apr; 25; 20(4): 425 - 431.

3. Yang E.H., Cheng H.C., Wu C.T., Chen W.Y., Lin M.Y., Sheu B.S. Peptic ulcer bleeding patients with Rockall Scores  $\geq 6$  are at risk of long-term ulcer rebleeding: a 3.5-year prospective longitudinal study. J Gastroenterol Hepatol. 2018, Jan; 33(1): 156 - 163.  
4. Gisbert J.P., Calvet X., Cosme A., Almela P., Feu F., Bory F., Santolaria S., Aznárez R., Castro M., Fernández N., García-Grávalos R., Benages A., Cañete N., Montoro M., Borda F., Pérez-Aisa A., Piqué J.M. (Spanish Gastroenterology Association). Long-term follow-up of 1,000 patients cured of Helicobacter pylori infection following an episode of peptic ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2012, Aug; 107(8): 1197 - 1204.  
5. Laursen S.B., Hansen J.M., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. The excess long-term mortality in peptic ulcer bleeding is explained by nonspecific comorbidity. Scand J Gastroenterol. 2015.Feb; 50(2): 145 - 152.  
6. Massó González E.L., García Rodríguez L.A. Proton pump inhibitors reduce the long-term risk of recurrent upper gastrointestinal bleeding: an observational study. Aliment Pharmacol Ther. 2008, Sep 1; 28(5): 629 - 637.  
7. Gisbert J.P., Calvet X., Feu F., Bory F., Cosme A., Almela P., Santolaria S., Aznárez R., Castro M., Fernández N., García-Grávalos R., Cañete N., Benages A., Montoro, Borda F., Pérez-Aisa A., Piqué J.M. Eradication of Helicobacter pylori for the prevention of peptic ulcer rebleeding. Helicobacter. 2007, Aug; 12(4): 279 - 286.  
8. Marine Camus, Dennis M. Jensen, Thomas O. Kovacs, Mary Ellen Jensen, Daniela Markovic, Jeffrey Gornbein. Independent risk factors of 30-day outcomes in 1264 patients with peptic ulcer bleeding in the USA - large ulcers do



worse. Aliment Pharmacol Ther. 2016, May; 43(10): 1080 - 1089.

9. Kim J.S., Kim B.W., Park S.M., Shim K.N., Jeon S.W., Kim S.W., Lee Y.C., Moon H.S., Lee S.H., Jung W.T., Kim J.I., Kim K.O., Park J.J., Chung W.C., Kim J.H., Baik G.H., Oh J.H., Kim S.M., Kim H.S., Yang C.H., Jung J.T., Lim C.H., Song H.J., Kim Y.S., Kim G.H., Kim J.H., Chung J.I., Lee J.H., Choi M.H., Choi J.K. Factors Associated with Rebleeding in Patients with Peptic Ulcer Bleeding: Analysis of the Korean Peptic Ulcer Bleeding (K-PUB) Study. Gut Liver. 2018, Feb 8. doi: 10.5009/gnl17138.

10. Shepetko E.M., Yefremov V.V. Pat. Ukrainy №87653 МРК А 61 V 5/00. Sposib prohnuzovannya povtornoї vyrazkovoyi krovotechi u viddalenomu periodi. № u 2013 11421; zayavl. 27.09.2013; opubl. 10.02.2014, Byul.№3, 2014. P.3.

УДК 616.342-002.44-005.1-089-036.875

### ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Ефремов В.В.

*Национальный медицинский университет имени*

*А.А. Богомольца, кафедра хирургии №3,*

*г. Киев, Украина,*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8186-4024>,*

*ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-6128>,*

*e-mail: Shepevgen@gmail.com*

**Резюме.** Анализу подвергнуто 690 пациентов с острым дуоденальным язвенным кровотечением в отдалённом периоде, из которых 470 в основной группе (2004–2008 г.г.) и 220 – в контрольной (1994г., 1996г.). В основной группе оперирован 21 (4,5 %) больной, консервативно лечилось – 449 (95,5 %), а в контрольной группе оперировано 94 (42,7 %), консервативно лечилось 126 (57,3 %) пациентов. В отдалённом периоде проведено 311 обследований пациентов, включавшее ФЭГДС, рН-метрию и быстрый уреазный тест (CLO-тест). На основе корреляционного анализа с вычислением рангового коэффициента корреляции Спирмена установлены факторы риска повторного язвенного кровотечения в отдалённом периоде: 1) прямая корреляционная связь между размером язв от 1 см и выше и частотой повторного язвенного кровотечения в отдалённом периоде ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ ); 2) прямая корреляционная связь между возрастом 60 лет и старше и частотой повторного язвенного кровотечения в отдалённом периоде ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ ); 3) обратная корреляционная связь между классом препаратов для эрадикационной терапии и частотой повторного язвенного кровотечения в отдалённом периоде ( $r = - 0,9$ ,  $p = 0,037$ ); 4) вид применяемого лечения (консервативное или оперативное), снижающее риск повторного язвенного кровотечения в отдалённом периоде в 11,36 раз ( $\chi^2 = 9,889711$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,00166$ ).

**Ключевые слова:** кровоточащая дуоденальная язва, отдаленные результаты, прогностическая шкала.

UDC 616.342-002.44-005.1-089-036.875

### FACTORS OF PROGNOSTICATION OF THE REPEATED BLEEDING IN A REMOTE PERIOD AFTER THE CARRIED ACUTE DUODENAL ULCER BLEEDING

E.N. Shepetko, P.D. Fomin, V.V. Yefremov

*Bogomolets National medical university, department of surgery №3, Kyiv, Ukraine,*

*ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-8186-4024>,*

*ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-6128>,*

*e-mail: shepevgen@gmail.com*

**Abstract.** The aim of work is an invention of method that would allow forecasting the risk of the repeated ulcer bleeding in a remote period after stationary treatment.

**Materials and methods.** 690 patients with acute duodenal ulcer bleeding in the remote period were analysed from that 470 in the main group (2004–2008) and 220 - in the control group (1994, 1996). In the main group 21(4,5%) patients were operated and 449 patients (95,5%) were treated conservatively. In the control group 94 patients (42.7%) were operated and 126 (57.3%) of patients were conservatively treated. In the long term period 311 patients were examined with the help of endoscopy, pH-metry and rapid urease test (CLO-test).

**Results and conclusions.** The index of frequency of relapses of ulcer after conservative treatment has decreased in 2,2 times (from 19,05% to 8,68%,  $p = 0,0010$ ,  $p < 0,05$ ), as well as percent of the repeated bleeding in a remote period - in 1,93 times (from 15,08% to 7,8%,  $p = 0,0136$ ,  $p < 0,05$ ).

Among patients with H.p.(+) ulcers (at a receipt) the repeated ulcer bleeding in a remote period was reduced at 1,5% cases, or in 2,89 rarer than among patients with H.p.(-) ulcers (4,34%,  $p = 0,0668$ ,  $p > 0,05$ ). Among the patients of basic group after operative treatment in a remote period, 21 patients were examined. 14,29% had excellent results, in 80,95% - good results, and satisfactory - in 4,76%. In a control group after operative treatment in a remote period excellent results got 12,77% patients, good - in 76,6%, satisfactory - in 8,51%, unsatisfactory (relapse of ulcer) - in 2,13% of patients. The repeated ADUB bleeding in a remote period in a basic group arose up at 7,8% cases after conservative treatment with a minimum index after triple therapy (5,57%), thus in 3,6 times less than, than after monotherapy (20%,  $p = 0,00001$ ,  $p < 0,05$ ). The best effect was shown by the chart of Kontrolok+Klacid+Amoksil (absence of the repeated bleeding is in a remote period). In a remote period after application of triple therapy the amount of relapses of ulcer in a basic group appeared for certain in 6,27 times less, than in control (6,13% and 38,46%,  $p = 0,00001$ ,  $p < 0,05$ ). In a remote period after operative treatment in a basic group (N=53) 45 of them got antiulcerous treatment, data of inspections and questionnaire questioning in 15 patients testified the absence of relapses of ulcer and repeated AUGIB in this group.

The factors of the risk of repeated ulcer bleeding in the long term were established on the basis of correlation analysis with calculation of Spearman's rank correlation coefficient: 1) direct correlation between the size of the ulcers of 1 cm and above and the incidence of repeated ADUB in the long term period ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ ); 2) direct correlation between age 60 and older and the frequency of repeated ADUB in the long term period ( $r = 1$ ,  $p < 0,00001$ ); 3) the reverse correlation between the class of drugs for eradication therapy and the incidence of repeated ulcer bleeding in the long term period ( $r = 0,9$ ,  $p = 0,037$ ); 4) the type of treatment (conservative or operative, reducing the risk of repeated ulcer bleeding in the long-term period by 11.36 times ( $\chi^2 = 9,889711$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,00166$ ).

**Keywords:** duodenal ulcer bleeding, long-term follow-up, prognostic score.

Стаття надійшла в редакцію 30.07. 2018 р.