

УДК 616.34-005.1

© В. В. ПЕТРУШЕНКО, Д. І. ГРЕБЕНЮК

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу

V. V. PETRUSHENKO, D. I. HREBENIUK

Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov

THERAPEUTIC TACTICS IN BLEEDING PEPTIC ULCER GENESIS

Завданням нашого дослідження було оцінити власні результати лікування пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу.

В основу дослідження покладено проспективний аналіз історій хвороби 204 пацієнтів, які лікувалися у клініці кафедри хірургії № 1 із курсом ендоскопічної та лазерної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Всім пацієнтам призначали медикаментозну (антисекреторну, гемостатичну, інфузійну терапію), яку при необхідності доповнювали ендоскопічним гемостазом або операційним втручанням.

Антисекреторна терапія з використанням лише інгібіторів протонної помпи є достовірно достатньою для надійного зниження секреції шлункового соку при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу. Застосування М-холіноблокаторів (гастроцепіну) як монотерапії достовірно не є ефективним для зниження шлункової секреції, а їх перевага при комбінованому застосуванні з інгібіторами протонної помпи статистично не доведена. Ендоскопічне та операційне лікування забезпечувало стабільний гемостаз абсолютно у всіх пацієнтів із обстежуваного контингенту, яким його виконували, проте статистично достовірно підтвердити ці факти не було можливості.

The aim of our study was to evaluate the results of management of patients with peptic ulcer bleeding.

The study laid prospective analysis of 204 patients, which were treated on the Chair of Surgery №1 with Course of Endoscopic and Laser Surgery of Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov.

Drugs (antisecretory, hemostatic, infusion therapy) were prescribe to all patients. If necessary, it was supplemented by endoscopic hemostasis or operative treatment.

Antisecretory therapy with proton pump inhibitors alone is sufficient to reliably secure reduce gastric acid secretion in patients with peptic ulcer bleeding. Application of M-cholinoblockers (Gastrotsepin) as monotherapy was not significantly effective for reducing gastric secretion, and their advantage in combined use with proton pump inhibitors was not statistically proven.

Endoscopic and surgical treatment provided absolutely stable hemostasis in all patients in our study, but it was not possible to prove it statistically.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на перегляд в останні десятиріччя патогенетичних механізмів виникнення гастродуоденальних виразок, оптимізацію підходів щодо консервативного їх лікування, розвиток сучасної фармакологічної індустрії, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної гастроентерології, а поширеність даної патології з кожним роком збільшується. Так, якщо в 1997 році вона складала 2239,7 на 100 тис. населення по Україні, то в 2006 році зросла до 2805,8 [2].

Особливу увагу слід звернути на ускладнення виразкової хвороби, а саме на кровотечу. У структурі кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту кровотечі виразкового генезу складають 46–61 %. Крім того, виразкові кровотечі складають 18–23 % серед усієї ургентної патології органів черевної порожнини [1].

Лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч було і залишається однією з актуальних, складних і до кінця не вирішених проблем медицини. Зупинити кровотечу консервативними заходами вдається не завжди (частота рецидивів виразкової кровотечі складає 12–40 %), а тому хірурги вдаються до відкритих операційних втручань, які в більшості випадків забезпечують надійний гемостаз. Операційна активність при кровотечі з виразки в розвинутих країнах складає 1,5–4 % і має тенденцію до зниження. При цьому загальна летальність у даній групі хворих не перевищує 0,5–2 %. Перш за все це є результатом широкого впровадження в практику нових ендоскопічних технологій гемостазу [3].

Натомість у країнах пострадянського простору статистика наводить значно вищі показники операційної активності, що сягають 45–60 %. Проте, незважаючи на багаторічний розвиток, удосконалення й оптимізацію тактики операційних втру-

чань, досягти суттєвого зниження летальності не вдається, і даний показник становить 8–20 % [1].

Поява нових ендоскопічних технологій і високоєфективних противиразкових препаратів диктує необхідність оцінки їх можливостей при лікуванні кровотеч із виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. Це особливо актуально в зв'язку з ростом кількості хворих похилого віку, які важко переносять травматичні операційні втручання.

Мета роботи: оцінити власні результати лікування пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу.

Матеріали і методи. В основу дослідження покладено проспективний аналіз історій хвороби 204 пацієнтів, які лікувалися з приводу гастродуоденальної кровотечі виразкової етіології у клініці кафедри хірургії № 1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова на базі хірургічного відділення, центру кровотеч та реанімаційного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова в період із 1 січня 2011 року до 30 червня 2012 року.

Серед обстеженого контингенту особи чоловічої статі склали 136 (66,7 %), жіночої – 68 (33,3 %). Середній вік обстежуваного контингенту становив (56,6±17) року. Середній вік для чоловіків склав 53,9±17,6, для жінок – 61,9±14,1.

Обираючи комбінацію лікарських заходів щодо кожного окремого пацієнта, лікуючі лікарі спираліся на клінічний досвід і Стандарт організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим із виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею.

Всім пацієнтам призначали медикаментозну терапію, спрямовану на досягнення гемостазу та зниження рівня шлункової секреції. Серед призначених препаратів були засоби гемостатичної терапії, антисекреторної терапії (інгібітори протонної помпи (ІПП), М-холіноблокатори, H₂-гістаміноблокатори, препарати соматостатину), засоби поповнення об'єму циркулюючої крові, а також еритроцитарна маса при наявності вираженої анемії.

На тлі медикаментозної терапії пацієнтам могли виконуватися ендоскопічні втручання, спрямовані на досягнення гемостазу. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом або як альтернативу ендоскопічному гемостазу виконували операційне втручання, спрямоване на усунення джерела кровотечі.

Результати досліджень та їх обговорення. Ми виділили 3 основні, відмінні між собою, комбінації лікарських заходів. Так, лише антисекреторну терапію отримували 159 (77,9 %) пацієнтів, комбінацію антисекреторної терапії та ендоскопіч-

ного гемостазу було застосовано у 29 (14,3 %) хворих, а поєднання антисекреторної терапії та хірургічного лікування мало місце в 16 (7,8 %) пацієнтів. Кожну із вказаних комбінацій при необхідності доповнювали інфузійною та гемостатичною терапією.

Як антисекреторну терапію застосовували інгібітори протонної помпи (омепразол або пантопразол у дозі 80 мг/добу внутрішньовенно краплинно) та М-холіноблокатори (гастроцепін у дозі 20 мг/добу внутрішньовенно краплинно) у моноваріанті або у поєднанні. В одиничних випадках додатково призначали H₂-гістаміноблокатори або препарати соматостатину, проте через незначну частоту призначення такі пацієнти не були включені у дослідження.

На початку лікування антисекреторну терапію в моноваріанті планували застосовувати у 173 (84,8 %) хворих. Як монотерапію інгібітори протонної помпи були призначені 69 (39,9 %) пацієнтам, а гастроцепін – 42 (24,3 %) хворим. Комбінацію одного з ІПП та гастроцепіну застосовували в 62 (35,8 %) випадках. Проте після розвитку рецидиву кровотечі у 14 (8,1 %) хворих і подальшого ендоскопічного гемостазу антисекреторну терапію в моноваріанті було застосовано у 159 (77,9 %) пацієнтів. Так, ІПП (група 1) та комбінацію ІПП і гастроцепіну (група 2) застосовували приблизно в однаковій кількості пацієнтів – 66 (41,5 %) та 61 (38,4 %) відповідно. Гастроцепін як монотерапію (група 3) призначали 32 (20,1 %) хворим.

Для оцінки ефективності проведеного лікування ми обрали такий показник, як розвиток рецидиву кровотечі.

У групі 1, де як антисекреторну терапію застосовували тільки ІПП, частота розвитку рецидивів кровотечі склала 5 (7,3 %) випадків. У групі 2 цей показник склав 4 (6,25 %). В групі 3 рецидиву кровотечі мав місце у 15 (35,7 %) пацієнтів.

При порівнянні частоти рецидивів у групах 1 та 2 не було виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$, точний двосторонній критерій Фішера).

При порівнянні аналогічного показника в групах 1 та 3 було виявлено, що частота рецидивів у групі 1 достовірно менша за частоту рецидивів у групі 3 ($p < 0,001$, точний двосторонній критерій Фішера).

Аналогічну тенденцію простежували і при порівнянні частоти рецидиву кровотечі в групах 2 та 3. Так, частота рецидивів у групі 2 була достовірно меншою за частоту рецидивів у групі 3 ($p < 0,001$, точний двосторонній критерій Фішера).

Таким чином, застосування як антисекреторної терапії ІПП або комбінації ІПП з гастроцепіном дозволяє достовірно ($p < 0,001$) знизити частоту рецидивування порівняно з монотерапією гастроцепіном.

Ендоскопічний гемостаз був застосований у 29 (14,3 %) пацієнтів як під час ініціальної ендоскопії ($n = 15$ (51,7 %)), так і під час повторного ендоскопічного дослідження з приводу рецидиву кровотечі ($n = 14$ (48,3 %)). Серед них ін'єкційний гемостаз було виконано 16 (55,2 %)

пацієнтам, аргано-плазмову коагуляцію – 12 (41,4 %) хворих, кліпування – 1 (3,4 %) пацієнту.

Переважає кількість випадків застосування ендоскопічного гемостазу (n=22 (75,9 %)) мало місце при локалізації виразкового дефекту в шлунку. Так, ін'єкційний гемостаз було застосовано в 10 (45,5 %) хворих, аргано-плазмову коагуляцію – у 11 (50,0 %) пацієнтів і в 1 (4,5 %) хворого було виконано кліпування судини, що кровоточить.

При локалізації виразки у дванадцятипалій кишці 5 (83,3 %) хворим було проведено ін'єкційний гемостаз і 1 (16,7 %) – аргано-плазмову коагуляцію.

Лише 1 (3,4 %) пацієнту із виразкою анастомозу було застосовано ендоскопічний гемостаз у вигляді ін'єкції 20 мл фізіологічного розчину.

Ендоскопічний гемостаз застосовували лише при активних кровотечах (Forrest I). Так, в 11 (37,9 %) пацієнтів застосування ендоскопічного гемостазу мало місце при кровотечі Forrest Ib, у 16 (55,2 %) – при кровотечі Forrest Ix, і лише 2 (6,9 %) хворим ендоскопічний гемостаз виконували з приводу струмінної кровотечі Forrest Ia.

Хоча відповідно до літературних даних рекомендовано застосовувати ендоскопічні методики гемостазу і при нестабільному гемостазі Forrest II для попередження ризику розвитку рецидиву кровотечі, проте у досліджуваному контингенті ендоскопічний гемостаз із профілактичною метою не застосовували в жодного пацієнта.

Застосування ендоскопічних методик гемостазу забезпечувало надійний миттєвий гемостаз і, крім того, дозволяло уникнути рецидиву кровотечі у всіх (n=29 (100 %)) пацієнтів із даної групи. Проте достовірно підтвердити ефективність ендоскопічного гемостазу було неможливо у зв'язку із неоднорідними вибірками пацієнтів.

Операційне лікування мало місце у 16 (7,8 %) хворих. Всі операційні втручання були спрямовані або на ліквідацію джерела кровотечі, або на профілактику розвитку рецидиву кровотечі.

З приводу виразки шлунка найчастіше виконували секторальну резекцію – 5 (31,25 %) випадків, а з приводу виразки дванадцятипалої кишки – екстеріоризацію виразки (n=4 (25,0 %)). Із 9 пацієнтів із гастроєюнальною виразкою лише 1 (6,25 %) хворому було виконано операційне втручання – резекцію гастроєюноанастомозу з реконструкцією за

Roux. Резекцію шлунка за Billroth-I було виконано 4 (25,0 %) пацієнтам. Висічення виразки з пілоропластиком (n=1 (6,25 %)) та мостоподібну резекцію ДПК із дуоденопластиком (n=1 (6,25 %)) виконували лише в одного пацієнта кожному.

Переважну кількість операцій виконували в перші дві доби після госпіталізації хворого в стаціонар. Так, в 1-шу добу було виконано 4 (25 %) операції, і майже половину (n=7 (43,75 %)) всіх операційних втручань було виконано на 2-гу добу. Операційні втручання виконували або в максимально короткі строки для зупинки кровотечі, або в більш віддалений термін для ліквідації джерела кровотечі з метою профілактики рецидивів у майбутньому.

Після виконаного операційного лікування жодного рецидиву не спостерігали, що пояснюється повною ліквідацією джерела кровотечі в ході операційного втручання. Достовірно підтвердити ефективність лікування було неможливо у зв'язку із неоднорідними вибірками пацієнтів.

Висновки. 1. Антисекреторна терапія з використанням лише інгібіторів протонної помпи є достовірно (p<0,001, точний двосторонній критерій Фішера) достатньою для надійного зниження секреції шлункового соку при гастродуоденальних кровотечениях виразкового генезу.

2. Застосування М-холіноблокаторів (гастроцепіну) як монотерапії достовірно (p<0,001, точний двосторонній критерій Фішера) не є ефективним для зниження шлункової секреції, а їх перевага при комбінованому застосуванні з інгібіторами протонної помпи статистично не доведена (p>0,05, точний двосторонній критерій Фішера).

3. Ендоскопічне та операційне лікування забезпечувало стабільний гемостаз абсолютно у всіх пацієнтів із обстежуваного контингенту, яким його виконували, проте статистично достовірно підтвердити ці факти не було можливості.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані підтверджують актуальність питання лікарської тактики при виразкових кровотечениях. Виходячи з цього, доцільним, на нашу думку, є продовження аналізу результатів лікування гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу на чисельно більшому контингенті пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. Benhabrou-Brun [et al.] // Gastroenterology. – 2003. – № 123. – С. 625–633.

Отримано 5.11.13