

© Є. С. КОМАРНИЦЬКИЙ^{1,2}, В. М. ЛАЗЬКО¹, І. О. БАБІН¹, І. Я. КУЦИК², А. Є. КОМАРНИЦЬКИЙ²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
Луцька міська клінічна лікарня²

Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами

YE. S. KOMARNYTSKYI^{1,2}, V. M. LAZKO¹, I. O. BABIN¹, I. YA. KUTSYK², A. YE. KOMARNYTSKYI²Lviv Danylo Halytsky National Medical University
Luts'k City Clinical Hospital²

OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER COMPLICATED BY GASTROINTESTINAL BLEEDING

Проведено ретроспективний аналіз лікування 3220 хворих з шлунково-кишковими кровотечами, які перебували у відділенні ургентної хірургії за період з 1983 до 2013 р. Серед них виразкові гастродуоденальні кровотечі (ВГДК) були виявлені у 1902 (59,1 %) хворих. Застосування комплексної діагностично-лікувальної програми, яка базується на ранній ендоскопічній діагностиці кровоточивої виразки в поєднанні з прецизійним ендоскопічним гемостазом (в т. ч. з використанням аргонно-плазмової коагуляції), доповненим сучасною медикаментозною терапією, дозволило знизити хірургічну активність у лікуванні гострих ВГДК з 48 до 8,5 %, зменшити післяопераційну летальність з 7,4 до 4,0 % та загальну летальність з 6,1 до 1,4 %.

A retrospective analysis of treatment of 3220 patients with gastrointestinal bleeding who had been from 1983 to 2013 in the department of urgent surgery was conducted. Gastroduodenal ulcer bleeding consist of 1902 (59,1%). The use of complex diagnostic and therapeutic applications, based on early endoscopic diagnosis of bleeding ulcers, in combination with precision endoscopic hemostasis (including using argon-plasma coagulation) supplemented with modern drug therapy, surgical activity reduced from 48 % to 8.5 %, mortality reduced: common – from 6.1 % to 1.4 %, postoperative – from 7.4 % to 4.0 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки спостерігається приблизно у 10 % дорослого населення [1], а серед хворих з шлунково-кишковими кровотечами неварикозного генезу виразкова хвороба є домінуючою [11]. Незважаючи на зниження захворюваності на виразкову хворобу в економічно розвинутих країнах та, відповідно, зниження кількості операцій, що з нею пов'язані, частота кровотеч стосовно інших ускладнень виразкової хвороби не зменшується протягом останніх 10–15 років, і навіть спостерігається тенденція до зростання (від 20 до 51 %) [2, 4, 6, 9].

Щороку в Україні відзначають понад 25 тис. госпіталізацій з кровотечами виразкового генезу, і у понад 4,5 тис. пацієнтів лікування завершується операцією [1]. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, з 2003 до 2010 р. кількість пацієнтів із пептичними гастродуоденальними кровотечами зросла з 4,23 до 4,64 на 10 тисяч осіб, в абсолютних числах це становить 21 263 хворих на рік [2].

Незважаючи на широке впровадження в клінічну практику діагностично-лікувальної ендоскопії, сучасної противиразкової терапії, запровадження і дотримання стандартів та алгоритмів надання допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами [3], результати лікування інколи не повністю задовольняють лікарів-хірургів [1, 9, 11]. Серед найбільш актуальних причин незадовільних результатів лікування ВГДК є низка об'єктивних та суб'єктивних факторів, які можуть впливати на перебіг захворювання: вік, тривалість хвороби, супутня патологія, недотримання організаційних стандартів та протоколів надання допомоги хворим із даною патологією, а також недоліки організаційно-профілактичної роботи щодо цієї групи пацієнтів у єдиній медичній системі.

Однією з найбільш складних та невирішених проблем у лікуванні шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) залишаються рецидивні кровотечі, які виникають у 14,1–23,7 % пацієнтів із виразковою хворобою [6]. За даними різних авторів, летальність від цього ускладнення складає від 25 до 45 % [1, 8,

9]. Тому продовжує тривати пошук універсальних прогностичних критеріїв для рецидивних виразкових кровотеч, ефективних методів для профілактики рецидивних геморагій, а також залишається потреба в модернізації існуючої тактичної моделі лікування ВГДК.

Мета роботи: на основі аналізу власного 30-річного досвіду лікування виразкових гастроудоденальних кровотеч оптимізувати стандарти організації надання допомоги хворим з даною патологією та покращити результати лікування через удосконалення існуючої діагностично-лікувальної програми.

Матеріали і методи. З 1983 до 2013 р. у відділенні ургентної хірургії Луцької міської клінічної лікарні лікувались 3220 хворих із ШКК. З них у 1902 (59,1 %) – були кровотечі виразкового генезу. Джерелом кровотечі у 533 хворих (28 %) були виразки шлунка, а в 1369 осіб (72 %) – виразки дванадцятипалої кишки (ДПК).

Аналізуючи дані нашого 30-річного спостереження, приходимо до висновку, що частота кровотеч виразкової етіології за останні роки збільшилась у три рази (32 хворих – в 1983 р., 90 – в 2013 р.). Факт, що лікування хворих із ВГДК протягом вказаного часу в м. Луцьку проводили тільки в даному хірургічному відділенні, може свідчити про певну достовірність аналізованих даних.

Для проведення аналізу результатів лікування хворих із ВГДК весь наш 30-річний клінічний матеріал ми розподілили на три групи. Кожна група пацієнтів охоплювала майже однаковий часовий термін. Першу групу склали пацієнти, які лікувались з 1983 до 1993 р., другу – з 1994 до 2003 р., третю – з 2004 до 2013 р. Так, у перших двох підгрупах на той час домінували активно-вичікувальна (1 група) та активно-хірургічна (2 група) тактики, операційна активність, відповідно, складала 48 та 35 %. На даний час дотримання активного індивідуально-диференційованого підходу в лікуванні виразкових кровотеч, що базується на системному використанні малоінвазивних ендоскопічних технологій, привело до зменшення в 4 рази операційної активності та дозволило знизити післяопераційну смертність.

З метою ендоскопічної зупинки кровотечі, крім ін'єкційного гемостазу, контактної коагуляції та кліпсування, особливою ефективністю відзначається застосування безконтактної аргоново-плазмової коагуляції (АПК). У роботі ми використовували електрохірургічний коагулятор EMED ES-Vision в режимі 60W, 1,9 л/хв. Результати аргоново-плазмового гемостазу засвідчують значні переваги даного мето-

ду ендоскопічного лікування кровотечі над іншими методами, такими як кліпсування та контактна діатермія. Для оцінки ступеня ендоскопічного гемостазу використовували класифікацію ознак (стигмат) кровотечі за Forrest J. A. H., Rosch W. (1987), удосконалений її варіант за В. І. Нікішаєвим.

Серед важливих факторів, які впливають на результати лікування даної категорії хворих, вважаємо концентрацію пацієнтів із ВГДК у спеціалізованих хірургічних центрах або хірургічних відділеннях з єдиним мультидисциплінарним підходом до лікування хворих із даною патологією: крім хірурга, участь у лікуванні беруть лікар-ендоскопіст, анестезіолог-реаніматолог, при необхідності – лікарі терапевтичного профілю. Особливо важливим для успішного лікування хворих із ВГДК є чітке дотримання усіма залученими фахівцями встановленого локального діагностично-лікувального алгоритму.

Результати досліджень та їх обговорення.

У всіх хворих з ознаками ШКК у прийнятному відділенні з'ясували скарги, анамнез, проводили клінічне та лабораторне обстеження, одночасно визначали ступінь тяжкості хворого, спричинений крововтратою. Залежно від вираження проявів кровотечі та загального стану, хворих скеровували у відділення інтенсивної терапії або в хірургічне відділення, де одним з перших завдань було проведення невідкладної діагностично-лікувальної ендоскопії. Одночасно розпочинали комплексне медикаментозне лікування, що включало інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію (залежно від рівня крововтрати), системну гемостатичну терапію та патогенетичну антисекреторну терапію, яка базувалась на застосуванні сучасних блокаторів протонної помпи.

Шлунково-кишкова кровотеча є абсолютним показанням до виконання невідкладного ендоскопічного обстеження. Протипоказанням до фіброгастроудоденоскопії (ФГДС) при даній патології може бути лише агональний стан хворого. Серед завдань ендоскопічного обстеження хворих з ШКК, яке виконується в першу годину перебування хворого в стаціонарі, були верифікація джерела кровотечі, його локалізації, розмірів, оцінка стану гемостазу, а також виконання екстреного ендоскопічного гемостазу у випадку активної кровотечі або проведення превентивного (профілактичного) гемостазу для попередження можливого рецидиву кровотечі та стабілізації загального стану хворого. Гемостаз було визнано стійким у 1441 пацієнтів (66 %). Тривалу кровотечу та нестабільний гемостаз верифікували у 461 (34 %) хворого. При першому ендоскопічному обстеженні у більшості випадків використовували ін'єкційне обколювання тка-

нин навколо джерела кровотечі. Механічна компресія та спазм кровотоочивої судини дають змогу зупинити кровотечу в більшості випадків та дозволяють стабілізувати показники гемодинаміки у хворого для подальшого лікування.

Складними та неоднозначними залишаються питання щодо можливості прогнозування рецидиву кровотечі. Ми звертаємо увагу на низку факторів, які можуть вказувати на можливий ранній рецидив кровотечі відразу ж під час першого ендоскопічного обстеження. Серед важливих ендоскопічних стигматів високого ризику кровотечі, які допомагають спрогнозувати рецидив геморагії, є ендоскопічно зупинена активна кровотеча з виразки (F_{1a}, F_{1b} за Forrest-y), фіксований пристінковий тромб-згусток, який прикриває виразку в пацієнта з кровотечею, яка відбулась. Серед інших прогностичних факторів рецидивної кровотечі необхідно виділити: діаметр виразки дванадцятипалої кишки більший за 1,5 см та виразки шлунка більший, ніж 2,0 см, глибоку (пенетрувальну) виразку, анемію (гемоглобін, нижчий 80 г/л при гострій крововтраті, яка відбулась протягом перших трьох діб від початку захворювання). До менш важливих критеріїв ризику кровотечі відносимо також стеноз пілородуоденального сегмента ШКТ, вік хворого, старший 70 років, артеріальний тиск, нижчий 100 мм рт. ст., стадію субкомпенсації та декомпенсації наявної супутньої патології тощо.

Всі хворі з гострими ВГДК, в яких під час першого ендоскопічного обстеження було встановлено активну кровотечу (F₁ за Forrest-y) і виконано ендоскопічну зупинку геморагії або було проведено превентивне обколювання з приводу нестабільного гемостазу (F_{1p}), в подальшому підлягали ендоскопічному моніторингу. Повторну фіброгастродуоденоскопію (ФГДС) виконували вже через 4–12 год після проведення першого ендоскопічного обстеження. Кількість ендоскопічних маніпуляцій та термін повторного огляду залежав від сукупності наявних факторів ризику рецидиву кровотечі, які були у хворого на момент ФГДС, та результатів, отриманих після наступних процедур. При необхідності проведення етапного ендоскопічного гемостазу перевагу віддавали АПК. Лише протягом двох останніх років даний метод малоінвазивного лікування був успішно застосований у 66 випадках.

При виникненні рецидиву кровотечі після попередньо проведеного малоінвазивного ендоскопічного втручання виконуємо повторно ендоскопічну зупинку кровотечі. Для цього переважно застосовуємо обколювання виразкового субстрату з АПК. Неефективність повторного ендоскопічного гемостазу, а також наступний рецидив вважаємо показанням до вимушеної екстреної операції. В 2013 р. було три випадки неефективного повторного ендоскопічного гемостазу. Всі хворі були оперовані з позитивним результатом. Серед основних причин невдачі ендоскопічного лікування гастродуоденальної кровотечі були лізис тромбу у виразці (виник на 4 і 6 день), а також декомпенсація супутньої патології. Повторний ендоскопічний гемостаз при рецидиві кровотечі повинен виконувати лише найбільш висококваліфікований лікар-ендоскопіст, який досконало володіє методами її ендоскопічної зупинки. При відсутності в лікарні на момент кровотечі такого спеціаліста хворого необхідно терміново оперувати.

Операційне лікування виконали у 541 хворого з ВГДК. В останні роки спостерігається значне зниження необхідності в операційному лікуванні даної патології. Якщо операційна активність в I групі хворих складала 48 %, то в III групі пацієнтів цей показник становив лише 8,5 % (табл. 1). Екстрені операції (на висоті кровотечі) застосували у 70 хворих (12,9 %). У 471 хворого (87,1 %) виконали попереджувальні або превентивні операційні втручання.

Серед показань до виконання екстрених операцій при ВГДК були активна кровотеча, яку не можна було зупинити ендоскопічно, та рецидивна (переважно друга) кровотеча в стаціонарі. Показаннями до ранніх операцій найчастіше були пенетрація виразки, великі виразки шлунка (>3,0 см) та дванадцятипалої кишки (>2 см), субкардіальні виразки шлунка тощо.

Об'єм операційного втручання залежав від локалізації виразки, її розмірів, віку пацієнта та його загального стану. Важливими факторами були також ступінь крововтрати та тяжкість супутньої патології. Радикальні та умовно-радикальні операції виконали у 414 (76,4 %) хворих з ВГДК. З них резекції шлунка були проведені у 298 (55,0 %) пацієнтів. Перевагу віддавали резекції шлунка за Більрот-I, її застосували у 193 (65 %) хворих. Органозберігаючі операції, такі як висічення чи ексте-

Таблиця 1. Операційна активність у групах хворих, післяопераційна та загальна смертність

Групи хворих (N)	Оперовано (всього)	Операційна активність (%)	Післяопераційна летальність (%)	Загальна летальність (%)
I група (339)	163	48,1	7,4	6,1
II група (677)	237	35,0	8,7	3,9
III група (886)	75	8,5	4,0	1,4

ріоризація виразки з дуодено- чи пілородуодено-пластикою та висічення виразки з ваготомією, виконали у 116 (21,4 %) хворих.

Паліативні операції застосували у 127 (23,6 %) хворих із тяжким ступенем крововтрати та тяжкою супутньою патологією. Метою цих операцій була лише зупинка кровотечі, для того виконували прошивання або висічення виразкового субстрату.

Загальна летальність серед хворих з ВГДК склала 3,8 %. Післяопераційна летальність становила 6,7 %. Операції, які виконувались на висоті кровотечі за життєвими показаннями, супроводжувались найвищою післяопераційною летальністю, яка склала 25 %. Ефективність діагностично-лікувальної тактики, яку ми застосували у III групи хворих із ВГДК, підтверджується зниженням післяопераційної смертності з 7,4 до 4,0 % та загальної смертності з 6,1 до 1,4 (табл. 1).

Аналізуючи результати 30-річного лікування хворих із ВГДК, переконались, що застосування активного індивідуально-диференційованого підходу в лікувальній тактиці, якою ми користуємося на даний час (3 група хворих), свідчить про її практичні переваги над попередніми. Широке застосування ендоскопічного гемостазу та динамічного ендоскопічного моніторингу в комплексному лікуванні хворих із ВГДК допомогло знизити операційну активність з 48 до 8,5 %. Використання за-

пропонованої діагностично-лікувальної програми у пацієнтів з даною патологією привело до скорочення доопераційного перебування хворих у стаціонарі з 5,7 до 1,5 доби, зниження загальної летальності з 6,1 до 1,4 % та післяопераційної летальності з 7,4 до 4,0 %.

Висновки. 1. Незважаючи на доступність методів діагностики виразкової хвороби та наявність широкого арсеналу медикаментів для противиразкової терапії, спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з виразковими кровотечами.

2. Діагностично-лікувальна ендоскопія, яка базується на комбінації сучасних методів ендоскопічного гемостазу, та ендоскопічний моніторинг за виразкою після кровотечі є одними із найбільш важливих складових комплексної програми лікування ВГДК.

3. Аргоново-плазмова коагуляція є найбільш високоефективним методом ендоскопічного гемостазу в лікуванні виразкових кровотеч.

4. Чітке дотримання запропонованого локального діагностично-лікувального алгоритму у хворих із гострими ВГДК, що базується на комплексному патогенетичному лікуванні з пріоритетним застосуванням лікувальної ендоскопії, дозволяє знизити хірургічну активність та смертність у хворих із даною патологією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Фомін П. Д. Причини летальності серед хворих з гастродуоденальними кровотечами / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 2. – С. 11–14.
2. Фомін П. Ендоскопічна зупинка кровотечі та запобігання рецидиву кровотечі – золотий стандарт хірургічної тактики / П. Д. Фомін // <http://ukrslovo.net/family-circle/zdorovya/15898.html>, опубл. 28/06/2013
3. Ганжий В. В. Стандарты клинико-диагностического и лечебного алгоритма у больных с пептическими и хроническими медикаментозными язвами, осложненными острым желудочно-кишечным кровотечением / В. В. Ганжий // Клінічна хірургія. – 2009. – № 10. – С. 15–20.
4. Коваленко Б. С. Современная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Б. С. Коваленко, С. А. Колесников, А. А. Копылов // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6. – С. 144–146.
5. Результаты лікування хворих на виразкову хворобу, ускладнену гострою рецидивною шлунково-кишковою кровотечею / О. Є. Каніковський, Т. А. Кадошук, І. В. Павлик [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 42–45.
6. Динамические эндоскопии как способ профилактики рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / С. В. Си-
7. луянов, М. Б. Сохикян, А. Т. Хамдан, Р. Ш. Садаров // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6. – С. 32–36.
7. Шапринський В. О. Підходи до лікування хворих похилого віку на виразкову хворобу, ускладнену шлунково-кишковою кровотечею / В. О. Шапринський, І. В. Павлик // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 19–25.
8. Прогнозування розвитку рецидиву кровотечі та летальності у хворих на виразкову хворобу, ускладнену шлунково-кишковою кровотечею / В. О. Шапринський, І. В. Павлик, О. А. Камінський, В. Ф. Білошицький // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 24–32.
9. Диференційоване лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / І. Я. Дзюбановський, О. Б. Луговий, Ю. С. Семенюк, В. Г. Мініч // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 40–43.
10. Кондратенко П. Г. Эффективность консервативных мероприятий по предупреждению рецидивов гастродуоденальных кровотечений / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Український журнал хірургії. – 2008. – № 1. – С. 29–32.
11. Кондратенко П. Г. Міні-інвазивні хірургічні втручання при гострій гастродуоденальній кровотечі / П. Г. Кондратенко, Є. Є. Раденко // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 161–164.

Отримано 27.01.15