

ХІРУРГІЯ

УДК 616.33/.342/002.45/036/88

©І. Я. Дзюбановський, В. Г. Мініч

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ТА ОРГАНОЩАДНІ ПРЕВЕНТИВНІ ОПЕРАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ТА ОРГАНОЩАДНІ ПРЕВЕНТИВНІ ОПЕРАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ – Проаналізовано результати лікування 575 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами. Для об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого використовували шкалу SAPS-II. Екстрену фіброгастродуоденоскопію виконували в 1–2 год із моменту госпіталізації. Проведено ендоскопічний гемостаз у 378 хворих, при цьому оцінку ступеня активності кровотечі виконували за класифікацією Forrest–В. Профілактичний гемостаз проводили хворим із зупиненою кровотечею, при шлунковій локалізації виразки більше 15 мм і дуоденальній – більше 10 мм. Отримані результати показали, що сучасні ендоскопічні технології зменшують необхідність проведення екстреної операції на висоті кровотечі й на висоті рецидиву кровотечі, а ендоскопічний моніторинг дає змогу вчасно встановити показання до превентивних операцій на випередження раннього рецидиву кровотечі.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ И ОРГАНОЩАДНЫЕ ПРЕВЕНТИВНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ – Проанализированы результаты лечения 575 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Для объективной оценки тяжести состояния больного использовали шкалу SAPS-II. Экстренную фиброгастродуоденоскопию выполняли в 1–2 ч с момента госпитализации. Проведен эндоскопический гемостаз в 378 больных, при этом оценку степени активности кровотечения проводили по классификации Forrest–В. Профилактический гемостаз проводили больным с остановленным кровотечением, при желудочной локализации язвы более 15 мм и дуоденальной – более 10 мм. Полученные результаты показали, что современные эндоскопические технологии уменьшают необходимость проведения экстренной операции на высоте кровотечения и на высоте рецидива кровотечения, а эндоскопический мониторинг позволяет своевременно установить показания к превентивным операциям на опережение раннего рецидива кровотечения.

ORGAN PRESERVATION SURGERIES IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING – The analysis of treatment results of 575 patients with gastroduodenal ulcer bleeding was conducted. For an objective assessment of the severity of the patient condition the scale SAPS-II was used. Emergency fibrogastroduodenoscopy was performed in 1–2 hours after hospitalization. Endoscopic hemostasis in 378 patients was performed, and meanwhile the degree of bleeding activity was evaluated based on Forrest–B classification. Preventive hemostasis was performed for the patients with stopped bleeding with gastric ulcer localization bigger than 15 mm and duodenal localization bigger than 10 mm. The obtained results showed that modern endoscopic technologies decrease the necessity of emergency surgery at the altitude of bleeding and bleeding relapse, and endoscopic monitoring allows to establish indications for preventive surgeries in order to avoid early bleeding relapse in advance.

Ключові слова: виразка, кровотеча, ендоскопічний гемостаз.
Ключевые слова: язва, кровотечение, эндоскопический гемостаз.

Key words: ulcer, bleeding, endoscopic hemostasis.

ВСТУП Рівень післяопераційної летальності у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами стабільно складає 5–15 %, при кровотечі, що продовжується, 19–32 %, при рецидивній кровотечі – 30–45 % [1–3]. Частота рецидивних кровотеч складає 15–25 % [4].

Зважаючи на ці дані, проблема хірургічного лікування кровоточивих гастродуоденальних виразок залишається актуальною, а перегляд традиційних підходів до лікування даної категорії пацієнтів – вимога сьогодення [6, 8, 9]. У зв'язку з цим, стає зрозуміло, що рецидивні гастродуоденальні кровотечі визначають результати лікування, а тому вибір найоптимальнішого алгоритму лікування повинен базуватися на прогнозі рецидиву кровотечі залежно від ендоскопічної оцінки ефективності, надійності різних методів ендоскопічного гемостазу і виконання превентивних операцій залежно від тяжкості крововтрати й об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого [5, 7].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проаналізовано результати лікування 575 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами. Чоловіків було 407 (70,30 %), жінок – 168 (29,10 %). У віці 20–59 років було 407 (70,30 %), у віці 60 років і старше – 162 (29,30 %) (табл. 1). Кровоточива виразка у 448 (77,98 %) пацієнтів локалізувалася у дванадцятипалій кишці й лише в 127 (22,07 %) – у шлунку.

Із кровотечею I ступеня госпіталізовано 164 (28,60 %) пацієнти, з II та III ступенями, відповідно, 229 (39,80 %) та 182 (31,60 %) хворих.

Із кровотечею, що триває, зі стигматами за Forrest F I A–F I X, прийнято 85 (19,84 %), зі стигматами за Forrest F II A–F II C – 226 (39,30 %), із стигматами F III – 274 (41,90 %) пацієнти.

Для об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого використовували шкалу SAPS-II (Simplified Acute Physiological Score (1993)). Екстрену фіброгастродуоденоскопію виконували в 1–2 год з моменту госпіталізації. Проведено ендоскопічний гемостаз у 378 хворих, при цьому оцінку ступеня активності кровотечі проводили за класифікацією Forrest–В. І. Нікішаєвим (2000). Показанням до ендоскопічного гемостазу була активність кровотечі F I A–

Таблиця 1. Поділ хворих за віком і статтю

Стать	Вік (роки)			Усього
	20–59	60–74	75–89	
Чоловіки	288	76	43	407 (70,90 %)
Жінки	118	31	19	168 (29,10 %)
Усього	406 (70,70 %)	107 (18,70 %)	62 (10,60 %)	575 (100 %)

F I X. Профілактичний гемостаз проводили хворим із зупиненою кровотечею (F II A– F II C), при шлунковій локалізації виразки більше 15 мм і дуоденальній – більше 10 мм, а також при великих розмірах виразкового дефекту за стигматами F II C–F III.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ При порівнянні числа рецидивних кровотеч у хворих, яким проводили і не проводили ендоскопічний гемостаз, було відмічено таке (табл. 2).

Із 575 пацієнтів рецидив кровотечі виявлено у 55 хворих, що становить 9,14 % від загальної кількості. При цьому із 378 хворих, яким проводили ендоскопічний гемостаз, рецидив кровотечі спостерігали у 26 (6,87 %), тоді як із 197 пацієнтів, яким не виконували ендоскопічний гемостаз, рецидив кровотечі настав у 29 (14,7 %). Із 163 хворих із стигматами кровотечі F II A–F II C, яким проводили ендоскопічний гемостаз, рецидив кровотечі виявлено у 21 (12,8 %), а серед 53 пацієнтів із стигматами кровотечі F II A–F II C, яким не проводили ендоскопічний гемостаз, рецидив кровотечі відмічено у 43,3 % випадків.

Аналізуючи строки виникнення рецидиву кровотечі залежно від стигмат кровотечі за Forrest (табл. 3), слід зауважити, що із 55 хворих рецидив кровотечі у перші 12 год настав у 36 (65,4 %), а у 21 (43,8 %) – у перші 24 год.

У 31 хворого (68,8 %) із 45 зі стигматами кровотечі F II A–F II C рецидив кровотечі настав також у перші 24 год. Серед 59 пацієнтів із рецидивом кровотечі 45 були зі стигматами кровотечі F II A–F II C, тобто найкритичнішими в імовірності рецидиву кровотечі є пацієнти із

стигматами активності кровотечі за F II A–F II C, що обґрунтовує застосування активної хірургічної тактики ведення даної категорії хворих.

Залежно від клініко-ендоскопічної характеристики активності виразкової кровотечі й ендоскопічного моніторингу з визначенням ознак стабільності та нестабільності гемостазу, прогнозу раннього рецидиву, із 575 пацієнтів з гастродуоденальними виразковими кровотечами оперовано 218 (37,9 %) (табл. 4).

Із 406 хворих у віці 20–59 років оперовано 126 (31 %), зі 107 у віці 60–74 років – 67 (61 %) та із 62 хворих 75–89 років – 25 (40,3 %). Характерно, що із 127 хворих з локалізацією виразки у шлунку оперовано 48 (37,8 %) та із 448 пацієнтів із дуоденальною кровоточивою виразкою оперовано 170 (37,9 %). Чоловіків було 148 (67,89 %), жінок – 70 (32,11 %).

З I ступенем крововтрати оперовано 43,58 % (95), із II ступенем – 30,73 % (67), з III ступенем – 25,69 % (56). Слід відмітити збільшення пацієнтів у віці 60–74 роки з II і III ступенями тяжкості крововтрати до 18,35 %, з I ступенем з 12,39 %, а у віці 75–89 років це відношення більш суттєве – з 2,29 % (I ступінь) до 9,18 % (з II – III ступеннями).

Як видно з таблиці 5, із 218 прооперованих хворих у 118 (54,5 %) пацієнтів було виконано органозберігаючі операції. Резекцію шлунка проведено у 27 хворих, що становить 12,39 %. Загалом, органозберігаючі та органощадні операції було виконано у 193 (88 %) хворих.

Із 118 хворих, яким проведено органозберігаючі операції, 62 (52,5%) були зі стигматами F III і 50 (42,3 %) – зі стигматами активності кровотечі F II A –

Таблиця 2. Частота рецидиву кровотечі залежно від стигмат за Forrest і ендоскопічного гемостазу

Стигмати кровотечі	Ендоскопічний гемостаз							Усього
	F I A	F I B	F I X	F II A	F II B	F II C	F III	
Ендоскопічний гемостаз проводили	27 (1)	36 (1)	5 (2)	62 (10)	63 (9)	38 (2)	147 (1)	378 (26)
Ендоскопічний гемостаз не проводили	8 (2)	9 (2)	–	19 (13)	21 (9)	13 (2)	127 (1)	197 (29)
Усього	35 (3)	45 (3)	5 (2)	81 (23)	84 (18)	51 (4)	374 (2)	575 (55)

Таблиця 3. Строки рецидиву кровотечі залежно від стигмат за Forrest

Кількість і строки рецидиву	F I A	F I B	F I X	F II A	F II B	F II C	F III	Усього
До 6 год	3							3
До 12 год		2	1	11	7			21
До 24 год		1	1	7	5	1		15
До 48 год				3	2	1		7
До 72 год				2	2	1	1	6
3–5 доба						1	1	3
Усього	3	3	2	23	18	4	2	55

Таблиця 4. Вид лікування залежно від локалізації виразки

Вид лікування	Локалізація виразки		Усього
	шлунок	дванадцятипала кишка	
Консервативне	79	279	357
Оперативне	48	170	218
Усього	127	448	575

Таблиця 5. Типи операцій залежно від стигмат за Forrest

Тип операції	Стигмати активності кровотечі за Forrest							Усього
	F I A	F I B	F I X	F II A	F II B	F II C	F III	
Органозберігаючі	2	4		17	24	9	62	118
Органощадні			1	21	19	10	22	73
Резекційні	3	2	1	10	8	2	1	27
Усього	5	6	2	48	51	21	85	218

F II C. Із 73 хворих, яким виконані органощадні операції, 50 (68,8 %) були зі стигматами F II A – F II C, 22 (30,1%) – зі стигматами кровотечі F III. І лишень у 1,1 % пацієнтів зі стигматами кровотечі F I X були виконані органощадні операції. Насторожує той факт, що із 27 хворих, яким було проведено резекцію шлунка, 6 (22 %) пацієнтів були зі стигматами кровотечі F I A – F I X, тоді як при F III резекцію шлунка було виконано в одного пацієнта, що становить 3,7 %. У більшості хворих (74 %) зі стигматами кровотечі F II A – F II C були виконані резекційні методи операційного втручання.

Як видно із таблиці, за терміновістю операції виділили: екстрені (на висоті триваючої кровотечі) – 5,8 %, що не піддавалися ендоскопічному гемостазу та на ви-

соті рецидиву кровотечі (16,1 %). У зв'язку з високою ймовірністю кровотечі перші 24 год (табл. 6) виділили за терміновістю: термінові (в перші 6–24 год) прооперовано 20,1 % і невідкладні (24–48 год) – 18,8 %. Відтерміновані операції були виконані при стабільному гемостазі та наявності поєднаних ускладнень виразкової хвороби (39,2 %).

Таким чином, за даними ендоскопічного моніторингу ми визначили строки виникнення раннього (6–24 год) і пізнього (протягом 24–48 і більше годин після госпіталізації) рецидиву кровотечі, що обґрунтовує виконання превентивних операційних втручань (термінових і невідкладних), направлених на попередження рецидиву кровотечі.

Таблиця 6. Типи операцій залежно від терміновості виконаної операції

Строки операції		Тип операції			Усього
		органозберігаючі	органощадні	резекційні	
Екстрені	триваюча кровотеча	6	1	6	13
	рецидивна	23	12	–	35
Термінові (6–24 год)		16	17	11	44
Невідкладні (24–48 год)		20	12	9	41
Відтерміновані (> 48 год)		53	31	1	85
Усього		118	73	27	218

Таблиця 7. Поділ хворих залежно від терміновості операційних втручань у різні річні періоди

Терміновість операційних втручань		Річний період		Усього
		2003–2008 (n=362)	2009–2012 (n=213)	
Екстрені	триваюча кровотеча	9	4	13
	рецидивна	35	9	44
Термінові 6–24 год		21	16	37
Невідкладні 24–48 год		29	15	44
Відтерміновані 48–72 год		64	16	80
Усього		158	60	218

Хірургічна активність у I періоді становила 22,8 %, в II періоді – 3,5 %. Зменшились екстрені операції на висоті триваючої кровотечі в 2,25 раза, а на висоті рецидиву кровотечі – у 3,88 раза (табл. 7). Збільшилась частота превентивних операційних втручань на випередження раннього рецидиву кровотечі, виконаних у терміновому і невідкладному порядку відповідно з 13,3 % до 26,6 % і 18,2 % до 25,0 %.

ВИСНОВКИ Сучасні ендоскопічні технології зменшують необхідність проведення екстреної операції на висоті кровотечі й на висоті рецидиву кровотечі, а ендоскопічний моніторинг дає змогу вчасно встановити показання до превентивних операцій на випередження раннього рецидиву кровотечі. Органозберігаючі та органощадні операційні втручання забезпечують необхідну радикальність і можливість до виконання у більшій половині хворих незалежно від локалізації виразкового субстрату.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Фомін П. Д. Фактори ризику летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 1. – С. 25–26.
2. Нікішаєв В. І. Діагностика, лікування та профілактика рецидиву кровотечі у хворих з кровоточивими гастродуоденальними виразками / В. І. Нікішаєв, С. Й. Запорожан //

Науковий вісник Ужгородського університету. – 2009. – Вип. 35. – С. 107–109.

3. Дзюбановський І. Я. Рецидивні дуоденальні виразкові кровотечі: прогнозування і вибір лікувальної тактики / І. Я. Дзюбановський, І. І. Басистюк // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 23–24.

4. Шепетько Є. М. Тактика лікування пацієнтів зі рецидивними виразковими дуоденальними кровотечами / Є. М. Шепетько, В. В. Єфремов // Шпитальна хірургія. – 2013. – № 4. – С. 50–54.

5. Шевченко Ю. Л. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю. Л. Шевченко, А. А. Корзникова, Ю. М. Стойко, Б. Ш. Бадуров // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 18–23.

6. Современные тенденции в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / И. П. Мавиди, С. В. Петров, И. М. Хохлова, К. Ч. Ли : материалы Первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, Москва, 5–6 июня 2008 г. : сборник тезисов. – М., 2008. – С. 255–256.

7. Ефименко Н. А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв : современные взгляды и перспективы лечения / Н. А. Ефименко, М. В. Лысенко, В. Л. Асташов // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56–60.

8. Adamsen S. Behandling af blodende gastroduodenale peptische ulcer / S. Adamsen. – 2007. – Vol. 169 (17). – P. 1551–1555.

9. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage / K. Palmer // Brit. Med. J. – 2007. – Vol. 89, № 1. – P. 307–324.

Отримано 18.08.14