

УДК 616.33/342-002.44-051.1-089

© Ю. С. СЕМЕНЮК, В. Г. МІНІЧ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Обрунтування активної хірургічної тактики у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами

YU. S. SEMENYUK, V. H. MINICH

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

SUBSTANTIATION OF ACTIVE SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

Незважаючи на успіхи медикаментозного лікування, частота кровоточивих гастродуоденальних виразок не зменшується. Тому було проаналізовано результати лікування 575 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами. Для об'єктивної оцінки тяжкості стану пацієнта використовували шкалу SAPS. Екстрену фіброгастродуоденоскопію виконували в 1–2 год з моменту госпіталізації. Застосовували ендоскопічний моніторинг з метою виявлення стану гемостазу у виразці та взяття біопсійного матеріалу із наступним його дослідженням. Із 575 пацієнтів рецидив кровотечі виявлено у 55 хворих, що становить 9,14 % від загальної кількості хворих. При цьому із 378 хворих, яким проводили ендоскопічний гемостаз, рецидив кровотечі спостерігали у 26 пацієнтів (6,87 %). Аналізуючи строки виникнення рецидиву кровотечі залежно від стигмат кровотечі за Forrest, слід зауважити, що із 55 хворих рецидив кровотечі у перші 12 год настав у 36 (65,4 %), а у 21 (43,8 %) в перші 24 год. Частота рецидиву кровотечі при виразці шлунка становить 22 %, тоді як при дуоденальних виразках – 6,24 %; характерно, що із 49 пацієнтів із шлунковою локалізацією виразки у 23 рецидив кровотечі настав із стигматами кровотечі F II A–F II C. Отримані при порівнянні дані про морфологічні зміни структури артеріального русла при виразкових кровотечах з рецидивами останніх і без них вказують на суттєву різницю між досліджуваними параметрами у цих двох групах хворих із виразковою кровотечею. Розроблено алгоритм лікувальної тактики у пацієнтів з гастродуоденальними кровотечами залежно від прогнозу рецидиву кровотечі і об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого за SAPS-II.

Despite the success of drug treatment, the incidence of bleeding gastroduodenal ulcers has not reduced. Therefore there were analyzed the results of treatment of 575 patients with gastroduodenal ulcer bleeding. For an objective assessment of the severity of the patient we used the SAPS scale. The urgent fibrogastroduodenoscopy was performed in 1-2 hours after admission. Used the endoscopic monitoring in order to detect the state of hemostasis in gastric biopsy material and taking it to the next study. In 575 patients the recurrence of bleeding was found in 55 patients, representing 9.14 % of the total number of patients. Thus, with 378 patients receiving endoscopic hemostasis performed, the recurrent bleeding was observed in 26 patients (6.87%). While analyzing the timing of occurrence of rebleeding according to the Forrest bleeding stigmata, it should be noted that of the 55 patients with recurrent bleeding in the first 12 hours came in 36(65.4 %) and in 21(43.8 %) the recurrent bleeding came in the first 24 hours. The frequency of recurrence of bleeding of gastric ulcer is 22 %, whereas in duodenal ulcers - 6.24, typical of that in 49 patients with gastric ulcer bleeding in 23 the recurrence of bleeding occurred with bleeding stigmata F II A - F II C. Obtained by comparing data on the restructuring of the arterial route in case of the ulcer bleeding with recurrent of last ones and without them indicate on a significant difference between the studied parameters in these two groups of patients with peptic ulcer bleeding. The algorithm of the treatment tactics in patients with gastroduodenal bleeding depending on the prediction of rebleeding and objective evaluation of the severity of the patient by the SAPS – II scale was developed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність теми зумовлена тим, що частота кровоточивих гастродуоденальних виразок (ГДВ) з кожним роком не зменшується, незважаючи на успіхи в медикаментозному лікуванні пацієнтів із виразковою хворобою. В Україні щорічно лікуються у стаціонарах понад 50 000 хворих з приводу шлунково-кишкової кровотечі, з рівнем летальності, за різними даними, від 46 до 20 % (В. Д. Братусь,

2007, П. Г. Кондратенко, 2007). На сьогодні, коли ендоскопічне обладнання та технології ендоскопічних втручань постійно вдосконалюються, неможливо без їх використання вирішити питання про вибір раціональної тактики лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами (Нікішаєв В. І., 2009).

Однак існує ціла низка невирішених та суперечливих питань щодо доцільності та вибору методів ендохірургічних втручань при ендоскопічних стиг-

матах кровотечі з метою профілактики ранніх рецидивів кровотеч дванадцятипалої кишки (ДПК).

Існують протиріччя у поглядах щодо місця сучасних ендоскопічних технологій у визначенні показань та строків проведення операційних втручань (Гостіщев В. К., Евсєєв М. О., 2007). З іншого боку (С. Ф. Багненко та співавт., 2007), надійна зупинка активної кровотечі, забезпечення стабільності гемостазу та попередження рецидиву кровотечі з використанням сучасних міні-інвазивних ендоскопічних методик зменшують необхідність проведення екстреної операції на висоті кровотечі й на висоті рецидиву кровотечі з рівнем післяопераційної летальності від 20 до 50 % (Луцевич Е. В., Белов І. М., 2008, Adamstruns, 2007, Фомін П. Д., Запорожан С. Й., 2007, Palmer К., 2007).

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 70,30 % (407), у віці 60 років і старшому – 162 (29,30 %). Кровоточива виразка у 448 (77,98 %) пацієнтів локалізувалася у дванадцятипалій кишці й лише в 127 (22,07 %) – у шлунку.

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

З 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 (табл. 1).

Таблиця 1. Ендоскопічні критерії за Forrest

Локалізація виразки	F I			F II			F III	Усього
	F I A	F I B	F I X	F II A	F II B	F II C	F III	
Шлунок	9	7	1	20	33	16	41	127
Дванадцятипала кишка	26	38	4	61	51	35	233	448
Усього	35	45	5	81	84	51	274	575
	85 (18,8 %)			216 (39,3 %)			274 (41,9 %)	

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–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.

Застосовували ендоскопічний моніторинг з метою виявлення стану гемостазу у виразці та взяття біопсійного матеріалу із наступним його дослідженням. Для виявлення особливостей мор-

фологічних змін у періульцерозній ділянці застосовували фарбування тканини гематоксиліном та еозином, за методом ван Гізон, Маллорі, Вейгером.

Визначення концентрації секреторного імуноглобуліну А (SIgA) проводили в гомогенаті біоптату із застосуванням методу радіоактивної імунодифузії в агарі із специфічною сироваткою проти SIgA при госпіталізації, через 3, 6, 12, 24 та 48 год у динаміці в 35 пацієнтів.

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 ендоскопічний гемостаз проводили, рецидив кровотечі спо-

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)

Примітка. У дужках вказано кількість рецидивів кровотеч.

стерігали у 26 (6,87 %), тоді як із 197 пацієнтів, яким не проводили 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 %) рецидив кровотечі настав у перші 24 год.

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

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 із 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.

Як видно із таблиці 4, частота рецидиву кровотечі при виразці шлунка становить 22 %, тоді як при дуоденальних виразках – 6,24 %; характерно, що із 49 хворих із шлунковою локалізацією виразки у 23 рецидив кровотечі настав із стигматами кровотечі F II A–F II C.

Таблиця 4. Рецидив кровотечі залежно від стигматів за Forrest і локалізації виразки

Локалізація виразки	F I A	F I B	F I X	F II A	F II B	F II C	F III	Усього
Шлунок	9 (2)	7 (2)	1 (1)	20 (14)	33 (8)	16 (1)	41	127 (28)
Дванадцятипала кишка	26 (1)	38 (1)	4 (1)	61 (9)	51 (10)	35 (3)	233 (2)	448 (27)
Усього	35 (3)	45 (3)	5 (2)	81 (23)	84 (18)	51 (4)	274 (2)	575 (55)

При гістологічному дослідженні мікропрепаратів дванадцятипалої кишки у 12 хворих з раннім рецидивом кровотечі виявляли виражені дистрофічні та деструктивно-некробіотичні процеси в епітеліоцитах та стромальних структурах, інфільтрацію клітинними елементами строми слизової оболонки, підслизової основи і м'язової оболонки із значним розволокненням та дезорганізацією останньої.

Виявлені судинні розлади характеризувалися розширенням та повнокров'ям судин, стазами у капілярах, мікротромбозами та діapedезними крововиливами. Спостерігали істотні зміни в стінках артеріальних судин. Вони потовщені, зі звуженим просвітом, в деяких з них відмічалася клітинна інфільтрація. Були також судини із запальними, дистрофічними змінами, з деструкцією стінки. Мали місце дезорганізація тканин судинної стінки та фібриноїдне набухання. В медії відмічали вогнищеві некрози, розриви внутрішньої еластичної мембрани. Остання могла бути також стоншеною, розірваною, фрагментованою, а інколи повністю щезала. Виявляли також тромбоз судин, що зумовлений в основному зміною в стінках судин.

Все це свідчить, що знайдені значні зміни великих та середніх артерій дванадцятипалої кишки могли стати причиною рецидивних кровотеч, тому що потовщення стінок артерій та звуження їх просвіту призводять до підвищення в них артеріального тиску, який поряд із пошкодженням їх стінки патологічним процесом може призвести до розриву судини і кровотечі.

Описана структурна перебудова усіх судин, безумовно, призводить до суттєвої ішемізації прилеглих тканин, пригнічення регенерації, а тривала їх гіпоксія може спричинити прогресування запальних явищ, активізацію аутолітичних процесів з пошкодженням глибше розміщених ще не облітерованих судин – джерел рецидивної геморагії.

Натомість, у 8 хворих без рецидиву кровотечі переважали ексудативно-проліферативні зміни у великих та середніх артеріях – набряк та проліферація ендотеліоцитів. Ознаки мукоїдного набрякання і фібриноїдного пошкодження були виражені в дрібних судинах, що поряд із звуженням їх просвіту свідчило про загострення виразкового процесу та деструкцію по-

верхневих ділянок навколівиразкової зони, збереження пластичних резервів судинного русла і могло сприяти підтримці на адекватному рівні регенераторних можливостей структурних елементів стінки досліджуваного органа, призводити до затихання активного виразкового процесу – переломного моменту, за умов якого рецидиву кровотечі не спостерігають.

Отримані при порівнянні дані про зміни структури артеріального русла при виразкових кровотечах з рецидивами останніх і без них вказують на суттєву різницю між досліджуваними параметрами у цих двох групах хворих із виразковою кровотечею. А поява ознак структурної перебудови великих артерій поряд з ураженням інших судин вказує на прогресування пошкоджувальних впливів у дуоденальній стінці та суттєве обмеження пластичних, регенераторних її резервів у хворих, в яких виникає рецидив кровотечі.

Ми вивчили динаміку змін рівня показників S IgA у 35 хворих із виразковою кровотечею зі стигматами кровотечі за Forrest II A–II C, яких було оперовано у різні терміни. В результаті проведеного ендоскопічного імуноморфологічного моніторингу досліджено динаміку змін концентрації S IgA у 8 пацієнтів зі стигматами за Forrest II A–II C, без рецидиву кровотечі (рис. 1). Рівень S IgA у слизовій дванадцятипалій кишки через 6 год збільшився, порівняно з рівнем при госпіталізації, у 1,01 раза ($p < 0,05$). В подальшому відмічено поступове зростання показників через 12, 24 год в 1,3 й 1,4 раза відповідно.

Через 48 год показник становив $0,998 \pm 0,025$, тобто зріс в 1,5 раза порівняно з показником при прийнятті.

Цілоком інша динаміка показників S IgA була у 6 хворих із стигматами F II A–F II C з пізнім рецидивом кровотечі на 48 год з моменту госпіталізації. Рівень S IgA уже при прийнятті був нижчим від контрольного показника в 1,2 раза. При зупинці кровотечі на 6 год відзначалась тенденція до зниження, а саме в 1,3 раза, порівняно з контрольною групою, і в 1,03 раза менше, ніж при госпіталізації. В динаміці імунологічного моніторингу відмічено різке зниження рівня S IgA з 1,49 раза на 12 год моніторингу до 1,43 на 24 год рецидиву кровотечі.

Як бачимо, після рецидиву кровотечі показник в 1,4 раза змінився, порівняно з контролем, і у 1,1 раза – з показником при госпіталізації.

У 12 пацієнтів зі стигматами за F II A–F II C, у яких рецидив кровотечі настав протягом 12–24 год, відмічали суттєве зниження показника S IgA уже при госпіталізації порівняно з контрольною групою (у 1,28 раза). В динаміці ендоскопічного імунологічного моніторингу відмічено різке зниження рівня S IgA з 1,41 на 12 год до 1,43 на 24 год кровотечі.

Аналогічні дані було отримано у 9 хворих із стигматами за F II A–F II C з раннім рецидивом кровотечі (у перші 6–12 год). На 6 і 12 год імунологічного моніторингу показники S IgA суттєво знизились, порівняно з показником при госпіталізації, відповідно, у 1,45 і 1,5 раза, що є критичним і пов'язано з деструктивно-некротичними процесами у виразці.

Виходячи із проведеного дослідження, ми розробили алгоритм лікувальної тактики у хворих із шлунково-кишковими кровотечами (схема 1), що

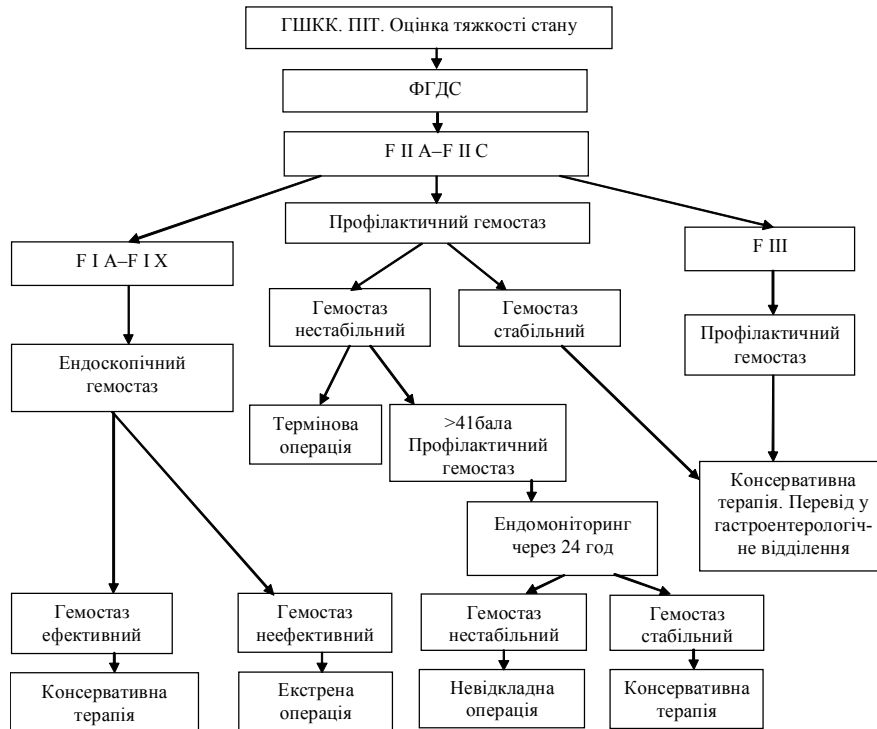


Схема 1. Алгоритм лікувальної тактики у хворих із шлунково-кишковими кровотечами.

включає ендоскопічну оцінку активності кровотечі за Forrest, ефективності ендоскопічного гемостазу і загального стану пацієнтів із визначенням строків виконання превентивних операційних втручань (термінових і невідкладних), направлених на попередження рецидиву кровотечі. Впровадження даного алгоритму дозволило зменшити в 3,5 раза кількість екстрених хірургічних втручань і в

2,5 раза – екстрених операцій на висоті рецидиву кровотечі.

Висновок. При визначенні строків для виконання превентивних операційних втручань слід оцінювати ефективність ендоскопічного і профілактичного гемостазів у хворих із стигматами активності кровотечі за Forrest та об'єктивну оцінку стану пацієнтів за шкалою SAPS-II.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Луцевич Э. В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии / Э. В. Луцевич, И. Н. Белов // Хирургия. – 2008. – № 1. – С. 4–7.
2. Гостищев В. К. Проблема выбора лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 7–11.
3. Применение протоколов прогнозирования лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / С. Ф. Багненко, Г. И. Синченко, В. Г. Вербицкий, А. А. Курыгин // Вестник хир. гастроэнтерол. – 2006. – № 1. – С. 57–58.
4. Еволюція тактики підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби / П. Д. Фомін, В. Д. Братусь, В. І. Нікішаєв [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 189–193.
5. Кондратенко П. Г. Эффективность эндоскопических методов в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 1. – С. 35–36.
6. Фомін П. Д. Фактори ризику летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечениями виразкового генезу / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 1. – С. 25–26.
7. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage / K. Palmer // Brit. Med. J. – 2007. – Vol. 89, № 1. – P. 307–324.
8. Adamsen S. Behandling af blodende gastroduodene peptious ulcer / S. Adamsen. – 2007. – Vol. 169 (17). – P. 1551–1555.
9. 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. – (Серія “Медицина”).

Отримано 15.08.13