

© Є.Є. Раденко, П.Г. Кондратенко, С.О. Жаріков, Д.Н. Доценко, 2014

УДК 616.33-002.44-05-036.11-08-35

Є.Є. РАДЕНКО, П.Г. КОНДРАТЕНКО, С.О. ЖАРИКОВ, Д.Н. ДОЦЕНКО

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, міська клінічна лікарня №16, Донецьк

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ВИРАЗКОВОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

За період з 1994 по 2013 рік у клініці проліковано 15474 пацієнти з кровотечею в просвіт органів травного каналу (в дослідження не включені пацієнти з кровотечею на тлі портальної гіпертензії). Частка виразкових кровотеч склала 63,1 % (8723 пацієнти), померли – 492 (5,6 %). Прооперовано 1035 (11,9 %) хворих, померли – 68 (6,6 %), проліковано консервативно – 7688 (88,1 %), померли – 424 (5,5 %). Аналіз отриманих нами даних свідчать про те, що протягом останніх 20 років спостерігається стійка тенденція збільшення числа пацієнтів з гострою кровотечею в просвіт органів травного тракту (з 680 хворих в 1994 році до 854 в 2013 році) і зменшення частки виразкових кровотеч (з 500 хворих в 1994 році до 350 у 2013 році). Загальна летальність, так само як і летальність при консервативному лікуванні, по-перше, порівняні, а по-друге, мають тенденцію до зростання. Післяопераційна летальність, хоча і коливається, але тим не менш знижується.

З приводу ненадійного гемостазу прооперовано 411 (39,1 %) пацієнтів, померли – 12 (2,9 %), з приводу рецидиву кровотечі – 320, померли – 47 (14,7 %), а з приводу триваючої кровотечі – 87, померли – 7 (8,1 %). Ранні планові операції виконані 217 пацієнтам, померли – 2 (0,9 %).

Рецидив кровотечі (РК) виник у 932 (10,7 %) хворих: прооперовано 320 пацієнтів, проліковано консервативно 612. У більшості випадків показанням до виконання операції з'явився клінічно значимий рецидив кровотечі. З числа консервативно пролікованих пацієнтів померли 72 (11,7 %).

В цілому з числа хворих, пролікованих консервативно, померли – 424, летальність склала 5,5 %. Причинами смерті були: гостра серцево-судинна недостатність (геморагічний шок) – у 211 (49,8 %) пацієнтів, декомпенсація важкої супутньої патології на тлі важкої крововтрати – у 141 (33,2 %) і рецидив кровотечі – у 72 (17 %).

Ключові слова: гостра виразкова гастродуоденальна кровотеча, тактика лікування

Вступ. Тактичні підходи до лікування як неускладненого, так і ускладненого перебігу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки безперервно еволюціонують, що можна простежити навіть за життя одного покоління.

Активне використання з кінця 70-х років блокаторів гістамінових рецепторів (J. Black, зусиллями якого ці препарати були впроваджені в практичну медицину, в 1988 р. нагороджений Нобелівською премією), а з кінця 80-х років минулого століття інгібіторів протонної помпи, введення в клінічну практику обов'язкової ерадикації хелікобактерної інфекції (R. Warren і В. Marshall в 2005 р. отримали Нобелівську премію, встановивши зв'язок персистенції Н. рулі і запального процесу в слизовій оболонці шлунка) зробили переворот у лікуванні виразкової хвороби (ВХ).

Обнадійливі результати лікування на перших етапах створили ілюзію про можливість впоратися з проблемою ВХ, її рецидивів і, тим більше, ускладненого перебігу. Зрештою, виразкову хворобу шлунка (ВХШ) і дванадцятипалої кишки (ВХДК) стали вважати суто терапевтичною проблемою. Кількість оперативних втручань у пацієнтів з неускладненим перебігом ВХ за останні 8 років зменшилася в 3 рази [9].

Проте все частіше висловлюються думки, що зростає число запущених випадків перебігу ВХ, прямо пов'язане з неодноразовими і безуспішними

спробами домогтися позитивного ефекту виключно консервативними заходами. Результати рандомізованих досліджень, проведених в останні роки, свідчать не про зниження загальної летальності при ВХДК, а навіть про явну тенденцію до її підвищення. Це пов'язують з тим, що застосування навіть сучасних схем медикаментозної терапії не зменшує частоту її ускладнень, а віддаляє їх появу, зміщуючи їх до похилого і старечого віку. Гостру виразкову гастродуоденальну кровотечу (ГВГДК) і перфорацію пілородуоденальної виразки виявляють удвічі частіше, ніж 10–15 років тому.

Так, в Росії в останнє десятиліття на тлі значного зниження числа планових операцій відзначено збільшення числа екстрених операцій з приводу ускладнених форм ВХШ і ВХДК з паралельним зростанням післяопераційної летальності на 30–40 % [1, 2, 3, 6, 8].

Ситуація дуже нагадує перший закон діалектичного матеріалізму – закон єдності і боротьби протилежностей.

Дуже показово це у хворих з ГВГДК. З одного боку, ендоскопічний моніторинг забезпечує в 80 % випадків виявлення рецидивів кровотечі (РК) до появи його клінічних проявів, сприяє вірогідному зниженню кількості операцій на висоті кровотечі в 14,3 разу, в 1,5–2,5 разу – на висоті РК, в результаті чого вірогідно знижується загальна летальність при ВХШ і ВХДК [10]. З іншого боку, в структурі

летальних результатів домінують ті, які сталися саме через рецидив виразкової кровотечі (60-80 %) [11, 14] або не були вчасно оперовані [13]. Наполегливі спроби зупинити кровотечу і перешкодити її рецидиву за допомогою ендоскопічних методик, нерідко призводять до запізнених оперативних втручань і, як наслідок, високої летальності [5]. Висловлюються думки, що використання ендоскопічних методів зупинки кровотечі не приводить до скорочення числа рецидивів виразкової кровотечі [12].

«Кажуть, істина лежить між двома протилежними думками. Невірно! Між ними лежить проблема» (І.В. Гете). І проблема ця полягає у виробленні індивідуального підходу до ведення хворого з ГВГДК на основі оцінки ендоскопічних, лабораторних та клінічних даних.

Мета дослідження. Розробка індивідуальної тактики лікування хворого з ГВГДК на основі оцінки ендоскопічних, лабораторних та клінічних даних.

Матеріали та методи. За період з 1994 по 2013 рік у клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету на базі міської клінічної лікарні № 16 м. Донецьк проліковано 15474 пацієнти з кровотечею в просвіт органів травного каналу (в дослідження не включені пацієнти з кровотечею на тлі портальної гіпертензії) з загальною летальністю 6,8 % (1046 хворих). Частка виразкових кровотеч складала 63,1 % (8723 пацієнти). Летальність у цій групі складала 5,6 % (492 пацієнти). Прооперовано 1035 (11,9 %) хворих з виразковою кровотечею. Проліковано консервативно – 7688 (88,1 %) пацієнтів. Загальна летальність складала 5,6 % (492 пацієнти), післяопераційна – 6,6 % (68 хворих), а летальність серед пацієнтів, пролікованих консервативно, – 5,5 % (424 пацієнти).

Результати досліджень та їх обговорення. На підставі досить великого статистичного матеріалу (більше 15 тис. випадків) й інтервалу часу – 20 років ми спробували визначити основні тенденції, які простежуються в лікуванні хворих із ГВГДК з метою подальшої оптимізації лікувальної тактики.

Аналіз отриманих нами даних свідчить про те, що протягом останніх 20 років спостерігається стійка тенденція збільшення числа пацієнтів з гострою кровотечею в просвіт органів травного тракту (з 680 хворих в 1994 році до 854 в 2013 році) і зменшення частки виразкових кровотеч (з 500 хворих в 1994 році до 350 у 2013 році).

Загальна летальність, так само як і летальність при консервативному лікуванні, по-перше, порівняні, а по-друге, мають тенденцію до зростання. Післяопераційна летальність, хоча і коливається, але тим не менш знижується.

Аналіз групи прооперованих хворих свідчить про те, що найбільшій кількості пацієнтів хірургічні втручання виконані у зв'язку з ненадійним ге-

мостазом – 39,1 % (411 хворим), а найменше – у зв'язку з триваючою кровотечею – 8,4 % (87 хворих). При цьому в останню групу потрапили і хворі з первинною тривалою кровотечею, у яких з тих чи інших причин не вдалося зупинити кровотечу, – 35 (3,4 %) хворих, і 52 (5 %) пацієнти, у яких були відсутні переконливі ендоскопічні дані про те, що кровотеча зупинена. Слід підкреслити, що насправді невдалих спроб або відмови від проведення гемостазу було не так вже й багато – близько 1-2 %. В інших випадках домагалися припинення кровотечі, однак через несприятливі умови огляду не було візуального підтвердження ефективності виконаних маніпуляцій. При цьому неодноразово переконавалися в тому, що під час операції триваючої кровотечі вже не було. Тим не менше, ці операції віднесені в категорію «триваюча кровотеча». В цілому, в цій групі померли 7 пацієнтів, летальність складала – 8,1 %.

Насторожує той факт, що друге місце займають операції у зв'язку з виникненням рецидивної кровотечі – 30,9 % (320 хворих) і тільки на третьому місці – умовно планові операції – 21 % (217 пацієнтів).

Рецидиви кровотечі в групі ГВГДК виникли у 932 (10,7 %) хворих. Під РК ми розуміємо всі випадки погіршення ендоскопічної картини порівняно з попереднім дослідженням, незалежно від того чи супроводжується це погіршення клінічними проявами чи ні. Велику їх частину (більше 70 %) склали випадки клінічно значущих РК, коли в просвіті органу ми виявляли деривати крові, а в джерелі кровотечі після часткового «очищення» дна – згустки або геморагічний наліт.

У клініці прийнята бальна оцінка ступеня ризику РК, що враховує і ендоскопічні, і клінічні, і лабораторні параметри, що детермінують стан гемостазу. У 2/3 хворих ступінь ризику РК визначений як високий, у зв'язку з чим проводилася активна ендоскопічна та медикаментозна профілактика РК. Проте консервативні заходи виявилися неефективні. У процесі динамічного спостереження відзначений РК, який став показанням до виконання екстреного оперативного втручання. Середнє перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії – 23,5 години. Найімовірніше частину цих хворих необхідно було оперувати в перші 12-18 годин, коли ще не виник РК, тим більше, що показання до виконання оперативного втручання були.

З приводу рецидиву кровотечі прооперовано 320 (34,3 %) пацієнтів, померли – 47, летальність складала 14,7 %. У більшості випадків показанням до виконання операції з'явився клінічно значимий рецидив кровотечі. У даній групі летальність могла бути істотно нижче, якби «буквально» дотримувалися всіх тактичних установок, розроблених, апробованих і прийнятих в клініці. На жаль, цілий ряд об'єктивних факторів (вік, ступінь компенсації крововтрати та супутньої патології), а часом і відмова

хворого від виконання оперативного лікування в ті перші, настільки необхідні 12–18 годин, не дозволили виконати оперативне втручання в оптимальні терміни.

У 612 хворих (65,7 %) з РК дотримувалися консервативної тактики лікування. Летальність у групі склала 11,7 % (72 пацієнти). Детальні результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Причини консервативного лікування пацієнтів із РК

Причини консервативного лікування пацієнтів із РК	Кількість хворих (питома вага у %)	Померли (летальність у %)
Відмова від операції	129 (21,1)	19 (14,8)
Відсутність необхідного забезпечення	12 (1,9)	12 (100)
Високий анестезіологічний ризик	10 (1,6)	8 (75)
Інші причини	461 (75,4)	33 (7,2)

Дані, наведені в таблиці 1, свідчать про те, що у 24,6 % хворих (151 пацієнт), незважаючи на всі наявні показання до виконання оперативного втручання, з об'єктивних (22–3,5 %) і суб'єктивних (129–21,1 %) причин активізувати тактику ми не мали можливості. Як показує аналіз, при відсутності забезпечення і наявності високого анестезіологічного ризику, несприятливий результат, на жаль, був очевидний (летальність 100 і 75 %, відповідно). Слід зазначити, що летальність у групі хворих, які відмовилися від операції, виявилася на рівні або навіть нижче літературних даних [4, 7]. Аналіз проводили виходячи з припущення, що всі хворі отримали запропоноване лікування, і це свідчить, що проведена комплексна медикаментозна терапія у 85,3 % була ефективною (110 хворих).

Особливою є група хворих, найбільш численна (75,4 %), у яких оперативне лікування з тих чи інших причин не виконувалося. Летальність у цій групі склала 7,2 % (33 пацієнти). У 78,8 % (26 хворих) згідно з бальною оцінкою ризик РК був високим. Зрештою РК призвів до розвитку геморагічного шоку (14 пацієнтів – 54 %), декомпенсації серцево-судинної (8 – 31 %) і печінково-ниркової (4 – 15 %) систем організму, що і призвело до летального результату. Звертає на себе увагу, що середній вік пацієнтів був 58±6,5 року. Можливо, вчасно виконане оперативне втручання могло стати превентивним заходом не тільки щодо розвитку РК, але і летального результату.

У 7 пацієнтів (21,2 %) ризик РК визначений як помірний. Хворі налягали на переведенні з ВІТ в загальнохірургічне відділення. Незважаючи на проведені роз'яснювальні заходи, хворі порушували ліжковий режим, а ранній перевід на пероральну кислотосупресивну терапію, у поєднанні з вищевказаним, призвели до РК. Як наслідок – розвиток геморагічного шоку і летальний результат.

В цілому, з числа хворих, пролікованих консервативно померли – 424, летальність склала – 5,5 %. Причинами смерті були: гостра серцево-судинна недостатність (геморагічний шок) – у 211 (49,8 %) пацієнтів, декомпенсація важкої супутньої патології на тлі важкої крововтрати – у 141 (33,2 %) і рецидив кровотечі – у 72 (17 %).

Висновки.

1. Позитивний результат у лікуванні ГВГДК може бути досягнутий при забезпеченні єдності лікувальної тактики, тісно взаємодіючої з хірургічною, ендоскопічною та реанімаційно-анестезіологічною службами, які однаково трактують клінічні характеристики стану гемостазу у конкретного хворого. Спираючись на єдність оціночних критеріїв, кожен з фахівців зазначеного профілю вирішує, по суті, одне, але дуже важливе завдання – визначення показань до операції.

2. Ріст летальності при консервативному лікуванні, який корелює з ростом загальної летальності свідчить, що, незважаючи на безсумнівні успіхи медикаментозної терапії і мініінвазивних ендоскопічних технологій, є межа можливостей консервативної терапії. Необхідно ламати стереотипну думку про «всемогутність» ендоскопічних методів. Знаменитий постулат «Найкраща операція та, яка не знадобилася» щодо ГВГДК, найімовірніше слід застосовувати з обережністю.

3. Важливість вибору часу виконання оперативного втручання продиктована фазністю перебігу хвороби, ймовірністю рецидиву кровотечі, необхідністю досягнення остаточного гемостазу до розвитку декомпенсації гомеостазу та метаболічних порушень, оскільки кінцевою метою є прагнення до виконання патогенетичної об'рунтованої операції.

4. Оперативне лікування вважаємо показаним при виникненні РК протягом доби; при тривалих (більше 2 діб) ознаках ненадійного гемостазу; при високому ступені ризику РК; при неможливості виконання ендоскопічних маніпуляцій у зв'язку з анатомічними особливостями або рубцевими звуженнями; при безперспективності виконання ендоскопічних заходів (глибоких й, імовірно, пенетруючих виразкових дефектах).

5. Вимагають перегляду також критерії доцільності проведення консервативної терапії у хворих з рецидивуючим і тяжким перебігом неускладненої виразкової хвороби. Їх необхідно оперувати, не чекаючи появи важких ускладнень, розвитку вікової супутньої патології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Гостищев В.К. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин [и др.] // *Общая хирургия*. — 2010. — № 9. — С. 22—30.
2. Гостищев В.К. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // *Хирургия*. — 2004. — № 5. — С. 46—51.
3. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.А. Асташов // *Хирургия*. — 2004. — № 3. — С. 56—60.
4. Казымов И.Л. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / И.Л. Казымов // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. — 2007. — № 4. — С. 22—27.
5. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, Э.Н. Праздников // Под редакцией Савельева В.С. 50 лекций по хирургии. — М.: Медиа Медика, 2003.
6. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров // *Хирургия*. — 2003. — № 3. — С. 43—49.
7. Первов Е.А. Эндоскопический мониторинг при хирургическом лечении кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Е.А. Первов, В.В. Агаджанян, С.И. Заикин [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2007. — № 6. — С. 25—30.
8. Тверитнева Л.Ф. Лечение гастродуоденальных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи / Л.Ф. Тверитнева, А.С. Ермолов, Н.С. Утешев [и др.] // *Хирургия*. — 2003. — № 12. — С. 44—47.
9. Фомин П.Д. Хирургическая помощь в Украине: на пути к европейским стандартам / П.Д. Фомин // *Здоровье Украины*. — 2010. — № 1. — С. 3—4.
10. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев // *Здоровье Украины*. — 2010. — № 2. — С. 8—11.
11. Черепанин А.И. Стенозирующие кровоточащие пилородуоденальные язвы / А.И. Черепанин, Е.И. Нечипоренко, А.М. Нечаенко [и др.] // *Хирургия*. — 2008. — № 6. — С. 31—33.
12. Шевченко Ю.Л. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.Л. Шевченко, Б.Ш. Бадуров, Ю.М. Стойко [и др.] // *Хирургия*. — 2006. — № 11. — С. 18—23.
13. Messmann H. Effect of programmed endoscopic follow up examinations on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by Infection therapy: a prospective randomized controlled trial / H. Messmann, P. Schaller, T. Andus [et al.] // *Endoscopy*. — 1998. — № 30. — P. 583—589.
14. Thon K.P. Surgical hemostasis in recurrent peptic ulcer hemorrhage after endoscopic hemostasis — indications and results / K.P. Thon [et al.] // *Show all Journal. — Bildgebung*. — 1995. — № 2. — P. 22—28.

E.E. RADENKO, P.G. KONDRATENKO, S.O. ZHARIKOV, D.N. DOTSENKO

M. Gorkiy Donetsk National Medical University, Donetsk Central Municipal Clinical Hospital № 16, Donetsk

TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE GASTRODUODENAL HEMORRHAGE. PROBLEMS AND PERSPECTIVES

15474 patients with acute hemorrhage in lumen of digestive tract were treated in period of 1994-2013. Patients with bleeding varices caused by portal hypertension were excluded from investigation. The portion of ulcer bleedings was 63,1 % (8723 patients), 492 (5,6 %) from them had died. 1035 (11,9 %) were operated, 68 (6,6 %) from them died, 7688 (88,1 %) had been treated conservatively and 424 (5,5 %) from their amount had died. The analysis of our data shows that during last 20 years there is persistent tendency to increasing of amount of patients with acute bleeding to lumen of digestive tract (from 680 cases in 1994 to 854 in 2013) and decreasing of portion of ulcer bleedings (from 500 in 1994 to 350 in 2013). General lethality and lethality in conservatively treated patients are similar and have tendency to increasing. Postoperative lethality variably decreases.

On account of to unstable hemostasis 411 (39,1 %) patients were operated, 12 (2,9 %) from them died, on account of recurrent bleeding 320 were operated, 47 (14,7 %) died, and on account of proceeded bleeding 87 were operated and 7 (8,1 %) died. Early planed surgery had been performed to 217 patients, in result 2 (0,9 %) of them died.

Recurrent bleedings occurred in 932 (10,7 %) patients: 320 were operated, 612 were treated conservatively. Mostly indication to surgery was clinically significant recurrent bleeding. From amount of conservatively treated patients 72 (11,7 %) ones died.

From amount of conservatively treated patients 424 died, lethality is 5,5 %. The causes of death were: acute cardiovascular insufficiency (hemorrhagic shock) — in 211 (49,8 %) patients, decompensation of sever concomitant

disease with background of sever hemorrhage – in 141 (33,2 %) patients, and recurrent bleeding – in 72 (17 %) ones.

Positive result in treatment of acute ulcer gastroduodenal hemorrhage can be arrived due to unity of treatment tactics, associated with surgical, endoscopical and anesthesiological services, which have similar treatise of state of hemostasis in present patient. Increasing of lethality after conservative treatment, correlated with increasing of general lethality, is indicative of limit of conservative treatment abilities in spite of successes of drug therapy and miniinvasive endoscopical manipulations. On our opinion surgical treatment is indicated in case of recurrent bleeding during one day, in case of protracted (more then 2 days) keeping of unstable hemostasis signs, in case of absence of ability for performing of endoscopical manipulations because of anatomical features or scar narrowing, in case of prognosed unsuccess of endoscopical manipulations (deep or penetrated ulcer defects). Criteria of expediency of conservative treatment in patient with recurrent and severe course of uncomplicated ulcer disease must be revised. Such patients must be operated before developing of severe complications and aged concomitant pathology.

Key words: acute ulcer gastroduodenal hemorrhage, treatment tactics

Стаття надійшла до редакції: 11.03.2014 р.