

УДК 616.342-002.44-005.1-07:616-071/072.1-07:616.33-008.821.1

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА СТАН КИСЛОТО-УТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ ІЗ КРОВОТОЧИВИМИ ВИРАЗКАМИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**Лемко І.І.***Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, м. Київ***РЕЗЮМЕ:** вивчено особливості клініко-ендоскопічної характеристики хворих із кровоточивими виразками ДПК залежно від активності кровотечі. Проаналізовано зміни рН шлунка з урахуванням як активності кровотечі, так і тривалості виразкового анамнезу.**Ключові слова:** кровоточиві виразки дванадцятипалої кишки, ендоскопічна характеристика, кислото-утворююча функція шлунка

Вступ. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) відноситься до поширених захворювань органів травлення сучасного періоду. За даними ВООЗ, до 20% дорослого населення планети хворіють на виразки шлунка та ДПК [3, 9]. Гастродуоденальні виразки впевнено займають провідне місце серед захворювань органів травлення в багатьох країнах світу і, незважаючи на появу нових медикаментів та методів лікування, ситуація принципово не змінюється [5, 6, 9]. Крім того, проблема ускладнюється у зв'язку з розвитком резистентності до деяких препаратів, що використовуються в консервативному лікуванні пептичних виразок шлунка та ДПК, розвитком ряду ускладнень в перебігу захворювання, серед яких одними з найбільш важких є кровотечі, що можуть мати місце, за даними різних авторів, у 15% – 30% випадків виразкової хвороби [1-4,10]. Водночас в Україні за останні 5 років кількість кровотеч збільшилась на 14% [3]. Слід відзначити відсутність чіткого диференційованого підходу до лікування цих хворих та високу летальність, яка коливається в межах близько 10%, незважаючи на всі новітні розробки [7, 11, 12]. Отже, подальше дослідження особливостей виникнення та перебігу кровоточивих виразок ДПК та розробка на цій основі нових лікувальних технологій залишаються актуальною проблемою.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клінічних проявів, ендоскопічної характеристики та стану кислото-утворюючої функції шлунка у хворих з кровоточивими виразками ДПК залежно від активності кровотеч.

Матеріали і методи. Обстежено 127 хворих віком від 17 до 80 років, які поступали із шлунково-кишковими кровотечами в Київську міську клінічну лікарню швидкої допомоги в період з 2004 по 2007 роки. Обстеженню підлягали тільки хворі з кровоточивими виразками ДПК, а саме з активною кровотечею (FIA, FIB) та стигматами недавньої кровотечі: наявністю «тромбованої судини» діаметром менше 2мм (FIIA) та наявністю фіксованого згустку діаметром більше 2мм (FIIB).

При поступленні всім хворим проводилась екстрена езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) за стандартною методикою з використанням апаратів фірми “Olympus” та “Fujinon”. При виявленні джерела активної кровотечі або її стигмат відразу проводили мініінвазивні ендоскопічні втручання (МЕВ). Вони включали електрокоагуляцію, ендоскопічну ін'єкційну терапію поєднану з електрокоагуляцією і були направлені на зупинку кровотечі та профілактику її рецидиву. Під час ендоскопічного обстеження також проводилось вимірювання пристінкового та внутрішньо-шлункового рН за допомогою приладу ИКЖ – 2 за загальноприйнятою методикою [8]. В подальшому хворим упродовж доби проводився добовий гастро-рН-моніторинг із вимірюванням внутрішньо-шлункового рН щогодини.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів з кровоточивими виразками ДПК переважали особи працездатного віку (21-60 років – 74,8% випадків), а розвиток виразкової кровотечі у хворих молодших 20 років та у старшій віковій групі, особливо після 75 років, спостерігався значно рідше (7,1% та 3,9 % відповідно). Однак слід відзначити, що у хворих зі струменевими кровотечами (FIA) спостерігається зростання у 1,6-8,8 разу порівняно з іншими групами хворих, частки пацієнтів віком до 20 років та збільшення у 2,9-5,1 разу частки осіб старшого віку порівняно з FIIA та FIIB кровотечами. Це, можливо, пов'язано, з одного боку, з неадекватним сприйняттям проявів виразкового анамнезу у молодому віці, а з другого – зниженням резервних можливостей організму в осіб старшого віку.

Слід відзначити, що більшість осіб з виразковими кровотечами ДПК ніколи не лікувались з приводу виразкової хвороби та заперечували наявність її проявів у анамнезі (60,6% випадків), причому серед осіб із струменевою кровотечею (FIA) така ситуація реєструвалась у 83,3% випадків. У цілому, 28% обстежених з наявним виразковим анамнезом не отримали противиразкового лікування, ще п'ята частина хворих проводили самолікування і тільки 10% обстежених отримували ета-

пне стаціонарне та амбулаторне лікування виразкової хвороби відповідно до вимог Маастріхського Консенсусу. Тобто, відсутність адекватного консервативного противиразкового лікування залишається на сьогоднішній день головним фактором виникнення виразкових кровотеч.

Серйозним провокуючим фактором розвитку виразкових кровотеч, особливо активних, є шкідливі звички, зокрема комбінація паління та зловживання алкоголем, яка мала місце у 20,5% випадків при активній виразковій кровотечі, та у 13,3% випадків – при стигматах недавньої кровотечі (FIIA, FIIB). Шкідливі умови праці також більш часто зустрічалась у пацієнтів з активною кровотечею (16,7% та 13,2% випадків при FIA та FIB кровотечі проти 3,3% та 9,4% при FIIA та FIIB кровотечі).

Головними клінічними ознаками, які спонукали пацієнтів звертатися за медичною допомогою були: поява блювання по типу «кофейної гущі», або ж з домішками свіжої крові, а також зміни стільця по типу мелени, вишневого кольору чи з домішками свіжої крові. Слід відзначити, що зміни характеру стільця спостерігались майже у всіх хворих (92,6% випадків), в той час як блювання реєструвалось тільки у 36,4% та 56,6% випадків при FI та FII кровотечах відповідно, причому достовірно частіше при кровотечах, що зупинились ($p < 0,05$).

При ендоскопічному обстеженні також виявлені певні особливості, що додатково характеризують кровоточиві виразки ДПК. Зокрема, при огляді стравоходу незмінена слизова спостерігалась у 64,6% обстежених без суттєвої різниці між групами хворих.

При кількісній оцінці вмісту шлунка встановлено, що при активній кровотечі (FI) закономірно переважає частка пацієнтів з великим об'ємом шлункового вмісту (50% випадків), а при кровотечах, що зупинились (FII) – з незначною та помірною кількістю шлункового вмісту (78,6% пацієнтів). Відповідно до активності кровотечі відмічались і певні особливості характеристик шлункового вмісту. У всіх пацієнтів з FIA кровотечею зареєстровано наявність у порожнині шлунка крові та кров'яних згустків. У обстежених з FIB кровотечею в більшості випадків (65,8%) спостерігалась наявність кофейної гущі, причому у 26,3% пацієнтів – з домішками свіжої крові, а у 23,7% хворих відмічено наявність свіжої крові та кров'яних згустків і тільки у 10,5% випадків реєструвалась наявність їжі без ознак кровотечі, що може свідчити про відсутність рефлюксу крові з ДПК. На відміну від хворих з активною кровотечею у 20% пацієнтів з FII кровотечами відмічено наявність нормально прозорого вмісту в порожнині шлунка, а в 4,8% випадків – наявність жовчі.

При аналізі стану слизової шлунка встановлено, що незмінена нормальна слизова спостерігалась достовірно частіше при активних виразкових кровотечах (47,7% прот 30,1% при стигматах не-

давніх кровотеч). Даний факт також має своє підтвердження при аналізі наявності супутніх ерозій шлунка. Папульозні ерозії шлунка спостерігались тільки при FII кровотечах (4,8%), причому частіше в антральному відділі шлунка, що може бути пов'язано з більш частим і вираженим Нр-обсміненням даного відділу шлунка.

Більш тривалий перебіг хвороби у пацієнтів з FII дуоденальними виразковими кровотечами підтверджується також наявністю деформацій пілоричного каналу, які при FII кровотечах реєструвались у 13,3% випадків, а при активних кровотечах (FI) – тільки у 6,8% пацієнтів. Слід зазначити, що у хворих із струменевою кровотечею деформацій пілоруса не зареєстровано.

При ендоскопічному обстеженні цибулини ДПК встановлено, що у половини хворих (49,6% випадків) вона розправлялась вільно, а у 29,1% та 18,1% пацієнтів – відповідно задовільно або погано. Деформація цибулини ДПК спостерігалась у 54,4% обстежених, причому помірна деформація була більш характерна для активних кровотеч, а груба деформація цибулини ДПК частіше спостерігалась при FII кровотечах.

Наявність гострих ерозій ДПК паралельно з виразковою кровотечею спостерігалось у 10,2% випадків без достовірної різниці між групами хворих за активністю кровотечі. Поява цих гострих ерозій, ймовірно, зумовлена явищами ішемії стінки ДПК, які є як однією з патогенетичних причин виразкових кровотеч, так і посилюються на їх тлі.

Водночас, слід зазначити, що у 11% пацієнтів зареєстровано наявність двох виразок ДПК, а в 1,6% хворих – трьох виразок ДПК, причому останні спостерігались тільки при FII кровотечах. У 97,6% випадків ці виразки локалізувались у цибулині ДПК, і тільки в 4,2% пацієнтів – у її постбульбарному відділі. При аналізі більш точної локалізації виявлених виразок відносно стінок цибулини ДПК виявлено, що майже у половини хворих (46,9%) кровоточиві виразки локалізувались на задній стінці ДПК, що достовірно частіше ніж інші локалізації ($p < 0,001$). Це, ймовірно, пов'язано з морфологічними особливостями судинної стінки ДПК і наявністю великих судин на її задній стінці.

При аналізі розмірів кровоточивих виразок ДПК виявлено, що серед обстежених хворих переважали пацієнти з діаметром виразки до 1 см (82,8% випадків), а великі виразки (понад 2 см в діаметрі) мали місце лише у 4,1% обстежених, причому вони виявлені у хворих із кровотечею, що зупинилась (FIIB). Даний факт підтверджує думку, що для виникнення кровотечі та для її інтенсивності головне значення має глибина виразки, а не її діаметр.

Аналіз показників рН-метрії, яка здійснювалась при первинному ендоскопічному обстеженні, проводився як з урахуванням активності кровотечі, так і вмісту шлунка, характер якого може мати вплив на величину внутрішлункового рН (табл.1).

Таблиця 1

Показники рН шлунка у хворих з кровоточивими виразками ДПК залежно від активності кровотечі

Показники	Групи хворих за активністю кровотечі			
	FIA (n=6)	FIB (n=38)	FII A (n=30)	FII B (n=53)
рН шлунка	6,10±0,14	5,47±0,07	4,41±0,13	4,50±0,10
p _{IA}		p _{IA-IB} <0,001	p _{IA-IIA} <0,001	p _{IA-IIB} <0,001
p _{IB}			p _{IB-IIA} <0,001	p _{IB-IIB} <0,001

Примітки: p_{IA}- достовірність різниці показника рН у хворих з FIA кровотечею порівняно з іншими групами хворих;

p_{IB}- достовірність різниці показника рН у хворих з FIB кровотечею порівняно з іншими групами хворих.

Як видно із таблиці, найвищі значення рН (6,10±0,14) зареєстровано у пацієнтів із струменевою кровотечею. При FIB кровотечах величина рН порівняно з попередньою групою хворих достовірно знижувалась, а при кровотечах, що зупинились (FIIA та FII B) – показник рН зменшувався ще більш виразно, причому це зниження було достовірним як по відношенню до пацієнтів із струменевими кровотечами, там і порівняно з FIB кровотечами.

Рівні рН у хворих з FIIA та FII B кровотечами були приблизно однаковими і достовірно не відрізнялись (табл.1).

При порівнянні величини рН у хворих з активними кровотечами (FІ в цілому) з пацієнтами, у яких на момент первинного ендоскопічного огляду кровотеча зупинилась (FII в цілому), також встановлено достовірне зниження рівня рН при FII кровотечах (табл.2).

Таблиця 2

Показники рН шлунка у хворих з кровоточивими виразками ДПК залежно від активності кровотечі та вмісту шлунка

Показники	Групи хворих за активністю кровотечі			
	FI (n=44)	FII (n=83)	FII залежно від шлункового вмісту	
			кофейна гуща і кров (n=52)	без крові (n=31)
рН шлунка	5,60±0,07	4,50±0,08	5,00±0,04	3,80±0,09
p		p _{I-II} <0,001		p <0,001

Примітки: p_{I-II} – достовірність різниці рН шлунка у хворих з FI та FII кровотечами;

p – достовірність різниці показників між групами хворих залежно від шлункового вмісту.

Таке підвищення рівню рН при активних дуоденальних виразкових кровотечах порівняно з FII кровотечами, ймовірно, можна пояснити впливом буферних систем крові та її формених елементів, які попадаючи у порожнину шлунка, зумовлюють нейтралізацію кислого середовища і справляють, таким чином, захисну дію, знижуючи активність кислотного-пептичного фактору, що впливає на виразку і відіграє значну роль у виникненні самої кровотечі. Особливо наглядним даний факт стає при порівнянні величини рН і характеру вмісту шлунка. При струменевих кровотечах, коли у всіх обстежених шлунковий вміст характеризувався наявністю крові та її згустків, рівень рН був найвищим. При FIB кровотечах, коли серед обстежених переважали хворі з наявністю в порожнині шлунка кофейної гущі (65,8% випадків), а в 10,5% пацієнтів у порожнині шлунка знаходилась тільки їжа, рівень рН достовірно знижувався. Слід зазначити, що він був найнижчим у хворих

із стигматами недавніх кровотеч (FII), у 20,5% яких при ендоскопічному обстеженні спостерігалася наявність нормального прозорого шлункового вмісту.

Для підтвердження даної думки проведено аналіз рівня рН у хворих із FII кровотечами, залежно від характеру шлункового вмісту (табл.2). Виділено дві підгрупи хворих: перша – пацієнти з наявністю кофейної гущі або інших ознак крові у шлунковому вмісті, а друга – хворі з нормальним прозорим шлунковим вмістом. Як видно із таблиці, рівень рН у обстежених першої групи був достовірно вищим.

Проведено також аналіз величини рН шлунка у хворих з дуоденальними виразковими кровотечами залежно від тривалості виразкового анамнезу (табл.3). Рівень рН був найнижчим у пацієнтів без виразкового анамнезу та з тривалістю хвороби до 5 років.

Показники рН шлунка у хворих із кровоточивими виразками ДПК залежно від тривалості виразкового анамнезу

Показники	Тривалість виразкового анамнезу			
	анамнез відсутній (n=77)	до 5-ти років (n=17)	6-10 років (n=12)	> 10 років (n=21)
рН	4,78±0,09	4,55±0,25	5,21±0,18	5,28±0,15
p ₀			p ₀₋₆ <0,05	p ₀₋₁₀ <0,02
p ₅			p ₅₋₆ <0,05	p ₅₋₁₀ <0,02

Примітки: p₀ – достовірність різниці рН шлунка у хворих без виразкового анамнезу порівняно з іншими групами пацієнтів;
p₅ – достовірність різниці рН шлунка у хворих з тривалістю анамнезу до 5 років порівняно з іншими групами пацієнтів.

Як видно із таблиці, при тривалості захворювання в межах 6-10 років спостерігається достовірне підвищення шлункового рН як порівняно з особами, які не мали виразкового анамнезу, так і в порівнянні з пацієнтами з виразковим анамнезом до 5 років. Причому, в обстежених із тривалим виразковим анамнезом (понад 10 років) певне підвищення шлункового рН порівняно з пацієнтами без виразкового анамнезу або з нетривалим виразковим анамнезом (до 5 років) зберігається. Даний факт можна пояснити тим, що при збільшенні тривалості клінічних проявів виразкової хвороби зростає частка пацієнтів, які приймають препарати, що гальмують кислото-утворюючу функцію шлунка.

Висновки. Кровоточиві виразки ДПК мають певні клініко-анамнестичні та ендоскопічні особливості, які асоціюються з активністю кровотечі. Для активних дуоденальних виразкових кровотеч, особливо F1A, характерно збільшення, порівняно з іншими групами обстежених, частки пацієнтів віком до 20 років та частки осіб похилого віку (понад 75р.), відсутність попереднього виразкового анамнезу в більшості хворих (83,3% випадків), ускладнений перебіг виразкової хвороби на тлі відсутності адекватного противиразкового лікування, наявність шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем) у половини пацієнтів, наявність виробничого контакту з парами токсичних речовин (16,7% випадків).

Відсутність коректного консервативного противиразкового лікування є характерним для всіх груп обстежених і його слід вважати головним фактором виникнення виразкових кровотеч.

Для струменевих дуоденальних виразкових кровотеч також є характерним наявність відносно більшої кількості шлункового вмісту у вигляді крові, згустків крові, кофейної гущі тощо, помірна деформація цибулини ДПК, у більшості обстежених (91,8%) невеликі розміри виразок (діаметром до 1см) з переважною локалізацією на задній або передньо-нижній стінці цибулини ДПК.

При стигматах недавніх кровотеч (F1A, F1B) у 37,3% пацієнтів при ендоскопічній оцінці вмісту шлунка відсутні ознаки кровотечі, хоча зміни слизової шлунка, деформація пілоричного каналу та деформації самої цибулини ДПК є достовірно більш вираженими, порівняно з активними кровотечами, і асоціюються з наявністю попереднього виразкового анамнезу та більшою тривалістю захворювання. Виразкові дуоденальні кровотечі, що зупинились, порівняно з активними кровотечами, також достовірно частіше поєднуються із супутніми ерозіями ДПК, більш як у половини хворих локалізуються на задній стінці ДПК, а їх діаметр у 24,4% випадків є більшим за 1см.

Рівень шлункового рН, що визначається при первинному ендоскопічному обстеженні хворих з кровоточивими виразками ДПК залежить, перш за все, від активності кровотечі за Forrest та від характеру внутрішлункового вмісту. У пацієнтів з наявністю крові або кофейної гущі в порожнині шлунка внаслідок нейтралізуючого впливу крові, рН шлунка є достовірно вищим. Рівень кислото-утворюючої функції шлунка у хворих із кровоточивими виразками ДПК суттєво не залежить від давності захворювання, а визначається більше частотою застосування засобів, що гальмують кислото-утворюючу функцію шлунка.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, и *Helicobacter pylori* // *Consilium Medicum*. – 2002. – Т.4, №7. – 7с.
2. Геленко О.І., Подлесний В.І., Ходатенко О.Г., Крижанівський О.А. Клінічні особливості ускладнених низько розташованих дуоденальних виразок // *Сучасна гастроентерологія*. – 2006. – №3. – С.30-33.
3. Кондратенко П.Г., Раденко Є.Є., Соколов М.В., Смирнов М.Л. 20-річний досвід хірургічного лікування гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч // *Шпитальна хірургія*. – 2005. – №1. – С.118-121.
4. Передерий В.Г., Ткач С.Н., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее, будущее. – К.: Б.и., 2003. – 256с.

5. Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. Современные методы лечения язвенной болезни. – К.: Здоров'я, 2002. – 272с.
6. Секачева М.И. Антисекреторные препараты в лечении неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта з точки зрения доказательной медицины // Consilium Medicum. – 2004. – Т.6, №6. – 6с.
7. Федоров Е.Д., Михайлев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Ченякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива // РЖГГК. – 2002. – №1. – С.9-18.
8. Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка / Методические рекомендации. – Винница. – 1991. – 19с.
9. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376с.
10. Aabakken L. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Endoscopy. – 2001. – Vol.33, №1. – P.16-23.
11. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding // Gastroenterologic Endoscopy / Ed. by M.V. Sivak. – 2nd ed. – W.B. Saunders company. – 2000. – Vol.1. – P.284-299.
12. Marek T.A. Gastrointestinal bleeding // Endoscopy. – 2007. – Vol.39. – P.998-1004.

SUMMARY

CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTIC AND GASTRIC ACIDITY IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER BLEEDING

Lemko I.I.

The peculiarities of stomach and duodenum endoscopic characteristics depending on bleeding's activity were investigated. The pH parameters of stomach depending on bleeding activity and duration of peptic ulcer were analyzed also.

Key words: duodenal ulcer bleeding, endoscopic characteristics, gastric acidity

УДК:616.248-071/012-059-085/31/322:458.835:551.584.6

ЗАСТОСУВАННЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Лемко І.С., Александрович Т.А., Копинець І.І., Головацький Т.А.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в роботі доведена висока ефективність нових немедикаментозних технологій у лікуванні хворих на бронхіальну астму.

Ключові слова: бронхіальна астма, нові немедикаментозні технології, бронхіальна обструкція, легенева вентиляція

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – це хронічне захворювання, основою якого є запальний процес у дихальних шляхах, в якому беруть участь різноманітні клітинні елементи, особливо тучні клітини та еозинофіли. Цей процес внаслідок посилення реакції дихальних шляхів на різні подразники викликає симптоми, які обумовлені бронхіальною обструкцією [1].

Провідним патофізіологічним синдромом при БА є порушення бронхіальної прохідності. Незалежно від патофізіологічних причин обструкції відбувається зменшення діаметра бронхів і бронхіол. До бронхіальної обструкції призводять запальні та алергічні зміни слизової оболонки бронхіального дерева, які викликають спазм гладенької мускулатури бронхів, набряк слизової, гіперсекрецію, закриття слизом і мокротинням просвіту бронхів. Однак механізм формування кожного компонента бронхіальної обструкції різний, що диктує необхідність диференційованого підходу до лікування [2].

Диференційоване використання високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі у хворих на БА в залежності від функціонального стану і реактивності бронхо-легеневої системи дає можливість визначити принципи підходи до розроб-

ки нових немедикаментозних лікувальних технологій і оцінки їх ефективності, що дозволить розробити модель для контролю і управління лікувальним процесом із його оптимізацією і динамічною корекцією інтенсивності та тривалості лікувальних процедур [3, 4].

Мета дослідження: розробити нові немедикаментозні технології відновлювального лікування на різних етапах реабілітації хворих на БА з використанням високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі та фітоелектроаерозоллю в залежності від клініко-функціональних особливостей бронхо-легеневої системи.

Матеріали та методи. Нами були проведені комплексні клінічні та клініко-функціональні обстеження у 37 хворих на БА до та після галоаерозольтерапії (ГАТ) в камерах штучного мікроклімату НПО "Реабілітація".

Переважали пацієнти із персистуючою формою БА у фазі неповної ремісії (84%).

При оцінці клінічного перебігу захворювання враховувались дані скарг, анамнезу та об'єктивного обстеження. Головними клінічними критеріями були напади ядухи, їх важкість і частота, вираженість задишки.