

УДК 616.33:616-072.1-71  
DOI: 10.24061/1727-0847.16.4.2017.106

**В.В. Петрушенко, В.С. Собко, Д.І. Гребенюк, Я.В. Радьога, С.В. Хитрук**  
*Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії (зав. – проф. Петрушенко В.В.)  
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ РЕЦИДИВУ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

**Резюме.** Метою дослідження було оцінити ефективність різних методів ендоскопічного гемостазу у пацієнтів з високим ризиком рецидиву гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу. Проаналізовано карти стаціонарних хворих 139 пацієнтів, які госпіталізовані в центр шлунково-кишкових кровотеч у стані геморагічного шоку. Усі пацієнти мали високий ризик рецидиву кровотечі, який оцінювався за допомогою прогностичної шкали Rockall. Пацієнтів розподілено на групи (статистичний аналіз проводився у два етапи: першу групу становили 40 пацієнтів, яким проведено ендоскопічний гемостаз; до другої групи було включено 99 пацієнтів, які отримували консервативну противиразкову терапію; група 3 містила 30 пацієнтів, яким з приводу профузної кровотечі або її рецидиву було проведено оперативне лікування. Критеріями порівняння були частота рецидиву кровотечі, результат лікування, а також його тривалість.

**Ключові слова:** виразкова кровотеча, геморагічний шок, ендоскопічний гемостаз.

Незважаючи на постійне удосконалення існуючих та впровадження нових хірургічних та ендоскопічних технологій, виразкові кровотечі протягом тривалого часу залишаються однією з найбільш актуальних проблем абдомінальної хірургії. Розвиток даного ускладнення виразкової хвороби супроводжується високою смертністю, яка за даними різних дослідників може досягати 20% [1, 2]. Більшість оперативних втручань (86,4%) у таких пацієнтів проводяться з приводу профузних кровотеч у перші години госпіталізації. Післяопераційна летальність у даному контингенті хворих становить 15-50%, а у пацієнтів із рецидивними кровотечами цей показник досягає 80% [1, 2].

Широке впровадження ендоскопії в клінічну практику дозволяє верифікувати джерело кровотечі у 72-98% випадків [2, 3]. Найважливішим завданням ендоскопіста є оцінка активності кровотечі та стану локального гемостазу, при необхідності – проведення зупинки кровотечі або профілактика її рецидиву. Використання методик ендоскопічного гемостазу дозволило знизити рівень відкритих оперативних втручань на 72% [1, 2, 4, 5].

**Мета дослідження:** оцінити ефективність різних методів ендоскопічного гемостазу у пацієнтів із високим ризиком розвитку рецидиву гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу.

**Матеріал і методи.** Дослідження являє собою ретроспективний та проспективний аналіз

302 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу. У досліджуваному контингенті 205 пацієнтів були чоловічої статі (67,8%) та 97 – жіночої (32,2%). Середній вік пацієнтів склав  $56,2 \pm 12,6$  років. Для чоловіків даний показник становив  $54,0 \pm 11,2$  років, для жінок –  $62,9 \pm 14,3$  роки.

Серед обстежених пацієнтів, 139 пацієнтів були госпіталізовані в стаціонар у стані геморагічного шоку. Усі пацієнти цієї вибірки мали високий ризик рецидиву кровотечі, який оцінювався за допомогою прогностичної шкали Rockall (1996). Мінімальна кількість балів у цій групі пацієнтів складала 4.

Всім пацієнтам ініціальну езофагогастродуоденоскопію виконували протягом перших 2 годин з моменту надходження в стаціонар. При необхідності проводився ендоскопічний гемостаз з метою зупинки кровотечі або профілактики її рецидиву. Серед методів ендоскопічного гемостазу застосовувались ін'єкційна ендоскопічна терапія ( $n=9$  (22,5%)), аргоноплазмова коагуляція ( $n=26$  (65,0%)), кліпування судини ( $n=2$  (5,0%)), а також їх комбінації ( $n=3$  (7,5%)). Хірургічне лікування з приводу профузної виразкової гастродуо-

денальної кровотечі або її рецидиву було проведено у 30 пацієнтів. Усі пацієнти, яким виконувались ендоскопічні або хірургічні втручання, мали клінічні ознаки геморагічного шоку різного ступеня важкості та високий ризик рецидиву кровотечі (кількість балів за шкалою Rockall (1996) становила не менше 4).

Абсолютно усі пацієнти нашого дослідження отримували медикаментозну терапію відповідно до чинних стандартів МОЗ України.

За характером та обсягом отриманого лікування всі пацієнти були розподілені на 3 групи. Група 1 включала 40 пацієнтів, яким проведено ендоскопічний гемостаз. У групу 2 зараховані 99 пацієнтів, які отримували консервативну противиражкову терапію. Група 3 містила 30 пацієнтів, які прооперовані з приводу профузної кровотечі або її рецидиву. Критеріями порівняння були частота рецидиву кровотечі, результат лікування, а також його тривалість.

Усі одержані дані фіксувалися та піддавалися подальшій обробці із використанням пакета статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Із 40 пацієнтів групи I ендоскопічний гемостаз у 26 випадках (65%) виконаний при ініціалній ендоскопії, а у 14 хворих (35%) – при повторній. Ін'екційна ендоскопічна терапія застосована у 9 пацієнтів (22,5%), аргоноплазмова коагуляція – у 26 (65%), кліпування судини – у 2 (5%), а також їх комбінації – у 3 випадках (7,5%).

Ендоскопічний гемостаз застосований при локалізації виразки в шлунку (n=25 (62,5%)) та у дванадцятипалій кишці (n=15 (37,5%)). У пацієнтів з виразками шлунку використані усі з перерахованих методів ендоскопічного гемостазу, а у хворих із виразками дванадцятипалої кишки – ендоскопічна ін'екційна терапія, аргоноплазмова коагуляція та їх комбінація. Методи ендоскопічного гемостазу застосовувались при кровотечах I та II–A стадіях за Forrest.

У групі I рецидив кровотечі зафіксований у 3 (7,5%) пацієнтів. У всіх випадках виразка локалізувалась у цибулині дванадцятипалої кишки, на задній її стінці, або була напівциркулярною. Розміри виразки варіювали від 1 до 3 см. У двох випадках рецидив кровотечі діагностовано впродовж першої доби після ендоскопічного гемостазу, пацієнти (віком 48 та 41 рік) прооперовані та виписані зі стаціонару із одужанням. У третьому випадку рецидив кровотечі у пацієнта віком 74 роки стався через 120 годин після ендоскопічного гемостазу і був фатальним. Пацієнт мав декомпенсовану супутню патологію, кількість балів за шкалою Rockall становила 8. В усіх трьох випадках з метою ендоскопічного гемостазу використана аргоноплазмова коагуляція. Таким чином,

летальність становила 2,5%. Середній час перебування у стаціонарі –  $7,3 \pm 1,8$  діб.

Середній вік пацієнтів групи II становив  $58,3 \pm 14,7$  років. Усі пацієнти мали не менше 4 балів за шкалою Rockall.

Серед пацієнтів групи II рецидив кровотечі зафіксований у 34 випадках (34,4%). Середній час розвитку рецидиву кровотечі –  $1,4 \pm 0,6$  доби. У цій групі 20 пацієнтів прооперовані з приводу рецидиву кровотечі. Померло 16 (16,1%) хворих. Середній час перебування у стаціонарі померлих хворих –  $1,3 \pm 0,4$  доби. Середній час лікування пацієнтів групи 2 становив  $6,6 \pm 2,1$  доби.

Порівнянням якості лікування пацієнтів I та II груп було встановлено, що у пацієнтів групи I, де стандартна медикаментозна терапія доповнювалась ендоскопічним гемостазом, достовірно нижчими, ніж у групі II (лише стандартна медикаментозна терапія), були частота рецидивів кровотечі ( $p < 0,01$ ), летальність ( $p < 0,01$ ) та середній час перебування у стаціонарі ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, застосування методів ендоскопічного гемостазу дозволяє достовірно знизити ризик розвитку рецидиву кровотечі та летальність порівняно із стандартною консервативною противиражковою терапією. Менша тривалість лікування пацієнтів другої групи пояснюється невеликим часом перебування у стаціонарі померлих хворих ( $1,3 \pm 0,4$  доби).

Із 30 прооперованих пацієнтів групи 3 20 (66,7%) у якості показів до оперативного втручання мали рецидив виразкової кровотечі у стаціонарі, а 10 (33,3%) – профузну виразкову кровотечу. Середній вік пацієнтів цієї групи становив  $57,2 \pm 13,2$  роки. Час від моменту госпіталізації до виконання оперативного втручання –  $1,2 \pm 0,8$  доби. При виборі оперативного втручання перевага надавалась органозберігаючим операціям: у більшості пацієнтів (n=24 (80%)) виконано висічення виразки з подальшою дуодено- або гастропластикою. У 6 (20%) пацієнтів було проведено секторальну резекцію шлунку. Рецидиву кровотечі не було зафіксовано у жодному випадку. Померли 4 (13,3%) пацієнти. Причиною смерті в усіх випадках стала гостра серцева недостатність. Середній час лікування пацієнтів групи 3 становив  $12,1 \pm 2,7$  доби.

Порівнянням якості лікування пацієнтів груп I та III було встановлено, що у пацієнтів групи I, де стандартна медикаментозна терапія доповнювалась ендоскопічним гемостазом, достовірно нижчими, ніж у групі III (стандартна медикаментозна терапія доповнена оперативним втручанням), були частота рецидивів кровотечі ( $p < 0,01$ ), летальність ( $p < 0,01$ ) та середній час перебування в стаціонарі ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, оперативне лікування дозволяє досягти надійного гемостазу, проте супроводжу-

ється вищою летальністю та більш тривалим перебуванням хворого у стаціонарі.

**Висновки.** 1. Розвиток геморагічного шоку в пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу на етапі госпіталізації достовірно збільшує ризик розвитку рецидиву кровотечі та підвищує показники летальності. 2. Застосування методів ендоскопічного гемостазу дозволяє достовірно знизити ризик розвитку рецидиву кровотечі та летальність порівняно зі стандартною

консервативною противиразковою терапією. 3. Оперативне лікування дозволяє досягти надійного гемостазу, проте супроводжується вищою летальністю та більш тривалим перебуванням хворого у стаціонарі.

**Перспективи подальших досліджень.** Активне впровадження в клінічну практику ендоскопічної зупинки кровотечі дозволить у перспективі подальших розробок порівняти ефективність кожного окремого виду ендоскопічного гемостазу.

#### Список використаної літератури

1. Белобородов В.А. Прогноз рецидива кровотечения и его профилактика при хронических гастродуоденальных язвах / В.А. Белобородов, В.Н. Антонов, Л.Ю. Павлов // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С. 15-19.
2. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев // Здоров'я України. – 2010. – № 5. – С. 8-11.
3. Кыжыров Ж.Н. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях желудочно-кишечного тракта / Ж.Н. Кыжыров, А.Р. Сарсенгалиева, А.С. Туремур // Вестник Каз. НМУ. – 2015. – № 2. – С. 290-293.
4. Петрушенко В.В. Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечениях виразкового генезу / В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 1. – С. 55-57.
5. Trawick E.P. Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage : Controversies and areas of uncertainty / E.P. Trawick, P.S. Yachimski // World journal of gastroenterology. – 2012. – № 11. – С. 1159-1165.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

**Резюме.** Цель исследования – оценка эффективности разных методов эндоскопического гемостаза у пациентов с высоким риском рецидива гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза. Проведен анализ карт стационарных больных 139 пациентов, госпитализированных в центр желудочно-кишечных кровотечений в состоянии геморрагического шока. У всех пациентов был высокий риск рецидива кровотечения, который оценивался при помощи прогностической шкалы Rockall. Все больные были разделены на группы (статистический анализ проводился в два этапа): первую группу составили 40 пациентов, которым проведен эндоскопический гемостаз; во вторую группу вошли 99 пациентов, которые получали консервативное противоязвенное лечение; третью группу составили 30 пациентов, прооперированных по поводу профузного язвенного кровотечения или его рецидива. Критериями сравнения были частота рецидива кровотечения, результат лечения, а также его длительность.

**Ключевые слова:** язвенное кровотечение, геморрагический шок, эндоскопический гемостаз.

#### ENDOSCOPIC HEMOSTASIS EFFICIENCY IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF REBLEEDING OF GASTRO-DUODENAL ULCER HEMORRHAGE

**Abstract.** The aim of the study was to evaluate of endoscopic hemostasis efficiency in patients with high risk of rebleeding after gastroduodenal peptic ulcer hemorrhage. The analysis of medical cards of 139 patients who were admitted to the center for gastrointestinal bleeding with hemorrhagic shock was conducted. All patients had high risk of rebleeding which was estimated using Rockall scale. All patients were divided into groups: the first group consisted of 40 patients who underwent endoscopic hemostasis; the second group included 99 patients who received drug therapy; the third group consisted of 30 patients who were operated. The compare criterion was the frequency of rebleeding, treatment outcome, and its duration.

**Key words:** peptic ulcer bleeding, hemorrhagic shock, endoscopic hemostasis.

National Pirogov Memorial Medical University (Vinnytsya)

Надійшла 12.02.2017 р.

Рецензент – проф. Дзюбановський І.Я. (Тернопіль)