© Польовий В.П., Георгіца В.М., Хомин І.Я., Диба А.С., Царюк Ю.С., Фундюр В.Д., Негря Є.В., Шевчук В.І., Рогатюк В.В., 2009

УДК 616.33/.34-005.1-07

КЛІНІЧНО-ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

В.П.Польовий, В.М.Георгіца[2], І.Я.Хомин[1], А.С.Диба[1], Ю.С.Царюк[2], В.Д.Фундюр, Є.В.Негря[3], В.І.Шевчук[4], В.В.Рогатюк[3]

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці), [1]Клінічна лікарня Львівської залізниці (м. Львів), [2]Чернівецький військовий госпіталь, [3]Київська обласна клінічна лікарня, [4]Ковельська вузлова лікарня

Резюме. На підставі обстеження 389 хворих встановлено, що виразкові гастродуоденальні кровотечі характеризуються відсутністю сезонної залежності, збільшенням кількості хворих без виразкового анамнезу, частішим поєднанням виразки з іншими захворюваннями органів травлення, збільшенням співвідношення числа хворих з дуоденальними виразками та хворих з виразками шлунка, зростанням частки множинних та велетенських виразок, а також "омолодженням" контингенту хворих. Вираженість кровотечі не залежить від розмірів та локалізації виразок, а ступінь крововтрати залежить від термінів кровотечі. Ефективність невідкладної фіброгастродуоденоскопії становить понад 96 %.

Ключові слова: гастродуоденальна виразка, кровотеча, фіброгастродуоденоскопія.

За останніх 30 років захворюваність на виразкову хворобу (ВХ) збільшилася [1]. Гастродуоденальні виразки – найчастіші причини внутрішніх кровотеч [2, 3]. Ендоскопічна оцінка інтенсивності кровотечі є одним з визначальних чинників щодо лікувальної тактики в таких хворих [4, 5]

Мета дослідження. Вивчити джерела та інтенсивність кровотеч за даними невідкладної фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) у хворих на ВХ, оцінити ефективність ендоскопічної зупинки кровотеч.

Матеріал і методи. *За період 2002-2008 рр. виразкові гастродуоденальні кровотечі діагностовано у 389 хворих (чоловіків – 65,8 %, жінок – 34,2 %). У 222 випадках джерелом кровотечі були виразки дванадцятипалої кишки (ДПК), 167 – виразки шлунка. Середній вік хворих з дуоденальними кровотечами становив 47,1±0,5 років, зі шлунковими – 55,0±0,7 років. Пацієнти віком 18-60 років становили 67,3 %. Тривалість кровотечі до госпіталізації коливалася від 1 год до 30 діб. В одного хворого кровотеча була первинним проявом ВХ. У 45 хворих кровотеча виразкового генезу виникла в стаціонарі на тлі інших захворювань, зокрема в 29 пацієнтів – у ранньому післяопераційному періоді після втручань з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. У 16 хворих виразкова кровотеча ускладнила перебіг гострого інфаркту міокарда, гострого порушення мозкового кровообігу та гострої пневмонії. У 117 пацієнтів діагностована крововтрата середнього ступеня, 272 – тяжкого, зокрема у 15 хворих – з геморагічним шоком. Клінічна оцінка тяжкості крововтрати грунтувалася на загальноприйнятій у хірургічній практиці класифікації [6, 7].*

У всіх пацієнтів з кровотечею проаналізовані: 1) інтервал між госпіталізацією та виконанням ендоскопічного дослідження; 2) локалізація виразки; 3) розміри вираз-

ки. Вираженість кровотечі оцінювали за класифікацією J.A.Forrest (1986) із врахуванням наявних змін у стравоході, шлунку та ДПК. За цією класифікацією хворі з шлунково-кишковою кровотечею діляться на 3 групи: 1 група – триваюча кровотеча (1а – струменева, 1б – капілярна), 2 група – кровотеча, що відбулася (2а – наявність у ділянці джерела кровотечі тромбованої судини, 2б – наявність у ділянці джерела кровотечі мікротромбів, солянокислого гематину), 3 група – на час дослідження при наявності локальних уражень ознаки кровотечі відсутні.

Для статистичної обробки одержаних результатів використовували комп'ютерну програму BMDP. Рівень значущості (p) різниці показників оцінювали за допомогою непараметричних критеріїв згоди χ^2 (хі-квадрат) Пірсона.

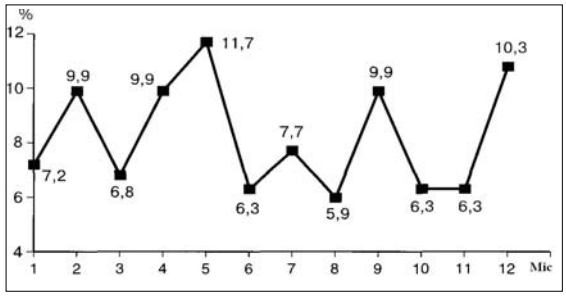

Рис. 1. Сезонна частота кровоточивих виразок шлунка.

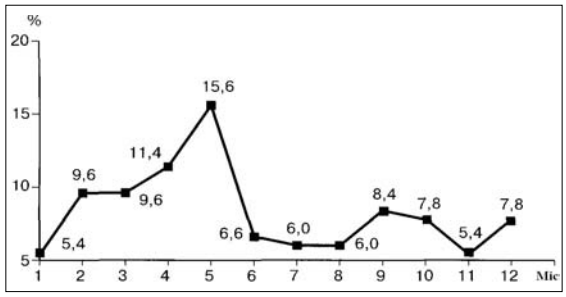

Рис. 2. Сезонна частота кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів дослідження свідчить, що характеристика виразкових кровотеч останнім часом змінилася. Зокрема, середній вік хворих зменшився у порівнянні з відомими даними з 70 до 47-55 років. Частково це зумовлено збільшенням числа хворих з дуоденальними виразками: співвідношення кількості хворих з виразкою ДПК до числа хворих з виразкою шлунка становить 1,33. Більше ніж у 2 рази зросла кількість пацієнтів (40,9 %), у яких кровотеча виявилася першим симптомом захворювання [1].

Сезонність захворювання більше характерна для виразок шлунка, ніж для виразок ДПК. Якщо при виразках шлунка зберігається весняний пік захворюваності, то при дуоденальних виразках можна виділити тільки окремі місячні підйоми (рис. 1, 2) – лютий, квітень, травень, жовтень. Множинні виразки майже вдвічі частіше виявлені у шлунку (22,8 % спостережень), ніж у ДПК (12,2 %), що узгоджується з результатами M.Poll (1994).

У 311 хворих невідкладна ФГДС виконана впродовж 6 год з моменту госпіталізації, що можна вважати досить високим показником [8], у 42 осіб – через 12 год, 22 – 24 год, 14 – 48 год. При первинному дослідженні дуоденальні виразки діагностовані у 214 (55,0±2,5 %) хворих, виразки шлунка – 162 (41,6±2,5 %). У 10 (2,57±0,8 %) хворих джерелом кровотеч помилково визнані ерозії стравоходу, у 3 (0,77±0,44 %) – варикозно розширені вени стравоходу; виразки шлунка або ДПК, що стали джерелом кровотечі, діагностовані лише при повторному дослідженні через декілька годин.

Діагностичні помилки при невідкладній ФГДС допущені у 3,34±0,91 % хворих. Вони зумовлені частим поєднанням кровоточивих виразок з наявністю інших потенційних джерел кровотечі у стравоході, шлунку, ДПК, а також наявністю множинних виразок та вираженої рубцевої деформації пілоробульбарної ділянки. Так, гострі ерозії стравоходу, шлунка і ДПК діагностовано у 35 (9 %) пацієнтів, варикозне розширення вен стравоходу – 4 (1 %), виражена рубцева пілоробульбарна деформація – 58 (14,9 %). У 38 хворих виявлено від 2 до 6 виразок шлунка, у 27 хворих – від 2 до 4

Таблиця 1

Ендоскопічна оцінка активності гастродуоденальних кровотеч

Активність кровотеч (Forrest)	Локалізація виразки		
	шлунок	дванадцятипала кишка	всього
1а	10	15	25
1б	5	16	21
2а	98	83	181
2б	42	57	99
3	12	51	63
Всього	167	222	389

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від локалізації гастродуоденальної виразки

Локалізація виразки	Кількість спостережень
Кардія	9
Тіло шлунка	110
Антральний відділ	31
Препілоричний відділ	15
Дно шлунка	2
Цибулина ДПК	213
Зацибулиний відділ ДПК	9
Всього	389

дуоденальних виразок, у 5 хворих – поєднання виразок шлунка та ДПК.

Поділ хворих за активністю кровотеч наведено в таблиці 1. У більшості хворих кровотеча зупинилася спонтанно або на тлі гемостатичної терапії – 343 (88,2±1,6 %) спостережень (2а, 1б і 3 за J.A.Forrest). Частішою локалізацією кровоточивих виразок (табл. 2) були: тіло шлунка – 110 (28,3±2,3 %), цибулина ДПК – 213 (54,8±2,5 %). Відповідно до загальноприйнятих візуальних критеріїв у 102 хворих діагностована хронічна виразка шлунка, у 62 – гостра. Для хронічної виразки були характерні щільні кальозні краї з глибоким кратером.

Наявність свіжої або зміненої крові в шлунку ускладнювало огляд джерела кровотечі. У зв'язку з цим діаметр виразкового дефекту визначили тільки у 314 (80,7 %)

Таблиця 3

Розподіл хворих за діаметром гастродуоденальної виразки

Локалізація виразки	Діаметр, мм					Всього
	1-9	10-19	20-29	30-60	61-80	
Шлунок	29	51	23	32	36	139
ДПК	78	65	-	-	-	175
Всього	107	116	23	32	36	314

Таблиця 4

Розподіл хворих за глибиною гастродуоденальної виразки

Локалізація виразки	Глибина виразки, мм				Всього
	1-5	6-9	10-15	10-20	
Шлунок	18	17	8	1	46
ДПК	32	11	-	-	51
Всього	50	28	8	1	97

Таблиця 5

Розподіл хворих за терміном госпіталізації

Активність кровотечі (Forrest)	Термін госпіталізації, год						Всього
	до 2	до 4	до 6	до 8	до 18	після 18	
1а	12	6	4	1	-	2	25
1б	7	4	4	2	2	2	21
2а	74	57	23	11	7	9	181
2б	43	27	13	5	7	4	99
3	3	5	9	14	12	20	63
Всього	139	99	53	33	28	37	389

хворих, його глибину – у 97 (24,9 %). Якщо діаметр виразки шлунка становить 3 см і більше, а дуоденальної – 2 см і більше, то такі виразки називають велетенськими [4, 8]. Як випливає з даних таблиці 3, розміри виразок були велетенськими у 25,9 % хворих із шлунковими виразками, у 18,3 % – з дуоденальними. Діаметр і глибина кровоточивих виразок становили: шлунка – 20,73±1,33 та 5,36±0,48 мм, ДПК – 11,85±0,6 та 4,91±0,47 мм відповідно.

Розподіл хворих залежно від глибини виразок наведений у таблиці 4. У 43 хворих з глибиною виразки від 8 до 20 мм було запідозрено пенетрацію виразки в суміжні органи. У 38 хворих пенетрація підтверджена інтраопераційно: у 25 хворих – з виразкою шлунка, у 13 – з виразкою ДПК. Виразки шлунка пенетрували в малий сальник та підшлункову залозу, дуоденальні – в голівку підшлункової залози, печінково-дванадцятипалокишкову зв'язку, в одному випадку – у спільну жовчну протоку та жовчний міхур з утворенням нориці. Характерною особливістю кровоточивих гастродуоденальних виразок була висока частота велетенських виразок шлунка (26 %) та ДПК (18,3 %). Результати статистичного аналізу показали, що традиційне твердження – що більші розміри виразки, то вона глибша – не прийнятне для виразок шлунка. Мабуть, це пояснюється збільшенням частки гострих виразок, які були не завжди глибокими.

Показники таблитці 5 характеризують зворотну пропорційну залежність між терміном госпіталізації та активністю кровотечі. Хворі з активною кровотечею (Forrest Ia, 1б) і кровотечею, що відбулася (Forrest 2а, 2б), госпіталізуються переважно в перші 6 год з моменту проявів кровотечі. Хворі без ознак кровотечі в момент огляду (Forrest 3) здебільшого госпіталізуються через 6 і більше годин з моменту клінічних проявів кровотечі. За нашими даними, 72 % виразкових гастродуоденальних кровотеч припиняються самостійно, що узгоджується з відомими [1, 3] результатами. Активність кровотечі не залежала від локалізації та розмірів виразки. Прогнозувати кровотечу можливо тільки за анамнестичними даними: інтервалом від моменту появи клінічних симптомів кровотечі до госпіталізації.

Висновки. 1. Виразкові гастродуоденальні кровотечі характеризуються відсутністю чіткої сезонності в піках захворюваності, збільшенням кількості хворих без попереднього виразкового анамнезу, частішим поєднанням виразки з іншими захворюваннями стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, збільшенням співвідношення числа хворих з дуоденальними і шлунковими виразками, зростанням частки множинних і велетенських виразок, зменшенням середнього віку хворих. 2. Невідкладна фіброгастродуоденоскопія дозволяє виявити джерело кровотечі та оцінити її вираженість при первинному огляді у 96,66±0,91 % хворих. 3. Вираженість кровотечі не залежить від розмірів і локалізації гастродуоденальної виразки та обернено пропорційна терміну від моменту появи клінічних симптомів до госпіталізації хворого.

Література

1. Detection of intestinal metaplasia in distal esophagus and esophagogastric junction by enhanced-magnification endoscopy / H.Toyota, C.Rubio, R.Befrits [et al.] // Gastrintest. Endosc. – 2004. – Vol. 59. – P. 15-21. 2. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale-update bases on new evidence / S.Winawer, R.Fletcher, D.Rex [et al.] // Gastroenterol. – 2003. – Vol. 124. – P. 544-560. 3. Davila R.E. ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance / R.E.Davila, E.Rajan, T.H.Baron // Gastrintest. Endosc. – 2006. – Vol. 63, № 4. – P. 546-557. 4. Classification of Barrett's epithelium by magnifying endoscopy / T.Endo, T.Awakawa, H.Takahashi [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2002. – Vol. 55. – P. 641-647. 5. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study / S.M.Muehldorfer, M.Stolte, P.Martus [et al.] // Gut. – 2002. – Vol. 50. – P. 465-470. 6. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage // Gastrointest. Endosc. – 2004. – Vol. 60, № 4. – P. 497-503. 7. Duerksen D.R. Stress-related muco-

sal disease in critically ill patients / D.R.Duerksen // Best Practice & Research Clinical Gastroenterol. – 2003. – Vol. 17, № 3. – P. 327-344. 8. High magnification colonoscopy / S.Tanaka, T.Kaltenbach, K.Chayama [et al.] // Gastrintest. Endosc. – 2006. – Vol. 64. – P. 604-613.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТОЧЕНИЕМ

Резюме. На основании обследования 389 больных установлено, что язвенные гастродуоденальные кровотечения характеризуются отсутствием сезонной зависимости, увеличением числа больных без язвенного анамнеза, частым сочетанием язвы с другими заболеваниями органов пищеварения, увеличением соотношения числа больных с дуоденальной язвой с язвой желудка, возрастанием доли множественных и гигантских язв, а также "омоложением" контингента больных. Выраженность кровотечения не зависит от размеров и локализации язвы, а степень кровопотери зависит от сроков кровотечения. Эффективность неотложной фиброгастродуоденоскопии составляет более 96 %.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва, кровотечение, фиброгастродуоденоскопия.

CLINICO-ENDOSCOPIC CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDING

Abstract. It has been established on the basis of examining 389 patients that ulcerous gastrointestinal bleedings are characterized by the absence of a seasonal dependence, an increase of the number of patients without ulcerous anamnesis, a frequent association of ulcer with other diseases of the digestive organs, an increased ratio of the number of patients with duodenal ulcer and those with gastric ulcer an increase of the share of multiple and giant ulcers, as well as a rejuvenation of the cohort of patients. A marked character of bleeding does not depend on the size and localization of ulcer, whereas the degree of blood loss depends on the terms of bleeding. The efficacy of emergency fibrogastroduodenoscopy makes up 96 %.

Key words: gastroduodenal ulcer, bleeding, fibrogastroduodenoscopy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi),
Clinical Hospital of Lviv Railway (Lviv),
Military Hospital (Chernivtsi),
Regional Clinical Hospital (Kyiv),
Railway Junction Hospital (Kovel')

Надійшла 18.09.2009 р.
Рецензент – проф. А.Г.Іфтодій (Чернівці)