



Дутка І.І., Гринчук Ф.В.
АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПРЕДИКТОРІВ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ

Кафедра хірургії № 1
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнена гострою кровотечею, залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Частота виникнення таких кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки впродовж останнього часу має неспинну тенденцію до зростання, не дивлячись на значні успіхи консервативного лікування виразкової хвороби. Гострі гостро-інтестинальні кровотечі з верхніх відділів травного каналу ускладнюють також низку інших захворювань, їх частота становить 50-150 випадків на 100 тис. населення в рік. Не дивлячись на успіхи ендоскопічного гемостазу, частота рецидивних кровотеч залишається значною, що зумовлює необхідність подальших пошуків методів їх прогнозування і лікування. Водночас, застосування найбільш поширених прогностичних систем, зокрема, Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall не дає можливості надійно передбачити повторні геморагії.

З метою дослідження цього питання нами проведений аналіз факторів ризику рецидивних гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу. Матеріал дослідження утворили 203 хворих на гастродуоденальні кровотечі виразкової етіології. Чоловіків було 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Середній вік становив $56,6 \pm 17$ років. Всім хворим проведено обстеження і консервативне лікування згідно протоколів надання допомоги.

При аналізі даних встановлено, що у більшості хворих виразкові дефекти локалізувались в дванадцятипалій кишці - 127 (62,3%) випадків. Виразка шлунка виявлена у 68 (33,3%) пацієнтів. Гастродуоденальна виразка мала місце у 9 (4,4%) випадках. Незалежно від локалізації виразкового дефекту частота виникнення виразки була вищою у чоловіків ніж у жінок. Відсутність виразкового анамнезу мала місце у переважній більшості випадків ($n=109$ (53,4%). Виразковий анамнез до 1 року мали 10 (4,9%) пацієнтів, 1-3 роки - 21 (10,3%) пацієнт, 16 (7,8%) чоловік хворіли на виразкову хворобу від 5 до 10 років. Виразковий анамнез більше 10 років мали 39 (19,2%).

Після первинної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) пацієнтам виконувалася щонайменше одна ЕГДС протягом наступних 3 днів з метою контролю гемостазу та ефективності лікування. Крім того, 31 (15,2%) пацієнту було виконано більше однієї контрольної ЕГДС. У разі потреби під час контрольної ЕГДС виконували ендоскопічний гемостаз.

З метою ендоскопічного гемостазу застосовували ін'єкційний метод. Для цього використовували фізрозчин натрію хлориду з адреналіном у співвідношення 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Обколювання проводили по периферії виразки. Частота рецидивів при цьому становить, залежно від локалізації та інших чинників, 2 - 5%. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом виконувалося хірургічне втручання.

Рецидиви кровотечі нами відмічені в 24 (11,8%) випадках. Більшість рецидивів ($n=11$ (45,8%) відбувалися протягом 2-3 доби після надходження. Найменше рецидивів відбулося протягом першої доби - 4 (16,7%) випадки. Більшість випадків була у чоловіків - 17 (70,8%). У 9 (64,29%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, з них у 3 (21,43%) позитивна резус належність, у решти (42,86%) - негативна. У 4 (28,57%) хворих визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (7,14%) випадку було при III і IV групах крові. Переважна більшість рецидивів кровотечі ($n=15$ (62,5%) виникла у хворих, що не мали виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі ми не виявили. Викладене свідчить, що основні шкали прогнозування ризику кровотеч потребують вдосконалення. Зокрема, найбільш поширена шкала Forrest є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі. Слід відмітити, що інтерпретація окремих класів шкали є досить довільною, оскільки базується на суб'єктивній оцінці, що стосується, в першу чергу, класів IA і IIA.

Шкала Glasgow Blatchford базується лише на клінічних і лабораторних проявах, не враховує ендоскопічні стигмати кровотечі. Шкала Rockall заснована на комплексі клінічних і ендоскопічних критеріїв. Це дає змогу оцінювати можливість рецидиву вже під час первинного ендоскопічного огляду, що робить її застосування більш прийнятним. Однак дана шкала не враховує усі можливі чинники, які сприяють рецидивам. Відзначимо, що поширені способи оцінки ризику рецидивів засновані, переважно, на клінічних спостереженнях, не враховують активність механізмів гемостазу, процесів регенерації тощо. Це не дозволяє оцінити їхні потенційні можливості, визначити можливу неспроможність.

Отже, шкали Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостатньо інформативні для прогнозування рецидивів кровотеч, оскільки не враховують низку важливих клінічних чинників та патогенетичне їхнє підґрунтя. Покращення результатів лікування кровоточивих виразок можливе лише з урахуванням комплексу факторів, які визначають ефективність процесів регенерації.