

КРИВАВЛЯЧІ ПЕПТИЧНІ ВИРАЗКИ: СУЧАСНІ ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ

Ігор Тумак

Незважаючи на значний прогрес фармакотерапії, кількість виразкових гастро-дуоденальних кровотеч протягом останніх десятиріч залишається практично незмінною. Саме це ускладнення є причиною більшості смертей, пов'язаних з пептичними виразками. Летальність при виразкових кровотечениях утримується переважно на рівні 6-10%, і лише у спеціалізованих центрах її знижено до 2-5% (L. Laine, 1993).

Останні успіхи зумовлені суттєвими змінами тактики — розвитком лікувальної ендоскопії, терапії сучасними селективними блокаторами шлункової секреції (БШС), усунення *Helicobacter pylori*. Впровадження цих методів зумовило загальну тенденцію звуження показів до оперативного лікування.

Відправний пункт для вибору лікувальної тактики — встановити, чи триває кровотеча на момент огляду та оцінити ризик її рецидиву, який практично одностайно вважають однією з найважливіших детермінант несприятливого результату лікування. За зведеними даними L. Laine, W. Peterson (1994), лише приблизно 4-26% кровотеч не зупиняється спонтанно на момент госпіталізації, а у 10-20% хворих спостерігається їх рецидив.

Дані анамнезу і фізикального обстеження можуть свідчити про давність і важкість епізоду кровотечі. Так, шок при госпіталізації, блювання свіжою кров'ю і згортками, чи наявність їх у промивних шлункових водах, мелена і виявлення її при ректальному дослідженні (чорного дьогтеподібного калу), а особливо калу вишневого кольору, переважно трапляються при недавній (до 12 год) важкій кровотечі. Натомість епізод колапсу в анамнезі, "кавова гуща" у шлунку, чорний оформлений кал свідчать здебільшого про епізод кровотечі меншої інтенсивності, що стався давніше доби, а тому і прогностично сприятливіші.

Основним діагностичним методом є ургентна фіброгастроскопія (після промивання шлунка дочиста). Активність кровотечі і стабільність гемостазу нині оцінюють переважно за класифікацією Forrest (табл. 1). Нині не підтверджено ефективності медикаментозної терапії (прокоагулянти, вазоконстриктори тощо) per os або парентерально з метою зупинки триваючої кровотечі. Тому констатування останньої вимагає застосування ендоскопічного гемостазу, а за його неефективності — екстренної

Таблиця 1.

Класифікація активності кровотечі за J. A. H. Forrest (1974)

	Група за Forrest	
АКТИВНА КРОВОТЕЧА	Струменева кровотеча	I a
	Підтікання крові	I b
НЕДАВНО ПЕРЕНЕСЕНА КРОВОТЕЧА	Некривавляча видима судина	II a
	Фіксований тромб	II b
	Темне дно виразки	II c
ОЗНАКИ КРОВОТЕЧІ ВІДСУТНІ	Виразка без ознак перенесеної кровотечі	III

операції. Слід зауважити, що різноманітні методи ендоскопічного гемостазу (табл. 2) стали альтернативою невідкладним операціям не лише для зупинення малоінтенсивних кровотеч, а й струменевих. Згідно з повідомленнями 90-х років, гемостаз досягається у 70-90% випадків, і у 70-80% з них він є остаточним. Найбільш ефективними і безпечними є мультиполярна електрокоагуляція, коагуляція термозондом (heater probe) з тефлоновим покриттям, що запобігає “приварюванню” його до поверхні виразки, та ін’єкційні методи — введення навколо судини абсолютного етанолу, розчинів адреналіну, полідоканолу, тромбіну.

Таблиця 2.
Методи ендоскопічного гемостазу

ТЕРМАЛЬНІ МЕТОДИ
<i>Лазерна фотокоагуляція:</i>
Аргоніві лазери
Неодим-УАG лазери
<i>Електрокоагуляція:</i>
Монополярна електрокоагуляція
Біполярна/мультиполярна електрокоагуляція
Термозонд (Heater Probe)
ІН’ЄКЦІЙНІ МЕТОДИ
Абсолютний алкоголь
Склерозуючі агенти (полідоканол)
Адреналін
Сольові розчини

При прогнозуванні рецидиву кровотечі насамперед покладаються знову ж таки на дані ендоскопії. Згідно із метааналізом L. Laine (1993), рецидив виникає у 41% хворих при виявленні видимої судини на дні виразки, у 20% — за наявності згортка крові або тромба, 7% — плоскої чорної плями, 1% — при чистому дні виразки. Діагностичні можливості збільшує ендоскопічна доплерівська ультрасонографія, яка дає можливість виявити артерію під дном виразки та оцінити її калібр навіть у випадку відсутності ознак перенесеної кровотечі. Предиктивне значення позитивного доплерівського сигналу вважається еквівалентним видимій судині на дні виразки.

Окрім цього, багатофакторний аналіз підтвердив прогностичне значення великих розмірів виразки, її локалізації на задній стінці дванадцятипалої кишки. З клінічних предикторів достовірно значущими виявились геморагічний шок на момент госпіталізації, важкий ступінь крововтрати (Hb < 80 г/л), наявність важкої супутньої патології, похилий і старечий вік пацієнта (табл. 3).

Пацієнтів з геморагічним шоком, важкою крововтратою та високим ризиком рецидиву геморагії госпіталізують у відділення реанімації для ретельного моніторин-

Таблиця 3.
Предиктори рецидиву виразкової кровотечі

Видима некривавляча судина або тромб на дні виразки
Великі розміри виразки
Розміщення дуоденальної виразки на задній стінці кишки
Геморагічний шок на момент госпіталізації
Блювання кров'ю та дефекація рідким калом вишневого кольору
Важка крововтрата (рівень гемоглобіну 80 г/л і менше)
Важка супутня патологія
Похилий і старечий вік пацієнта

гу та інтенсивної терапії. Лікування геморагічного шоку та крововтрати проводять згідно з загальноприйнятими принципами, гемотрансфузії здійснюють при втраті понад 25% глобулярного об'єму (більше 1,5 л крові). За наявності ознак перенесеної кровотечі (видима судина, згорток на дні виразки) у хворого з високим операційним ризиком нині рекомендують повторні (second look) ендоскопічні дослідження. Це дає можливість вчасно діагностувати неінтенсивні рецидиви кровотечі. Зникнення тромба, прикриття видимої судини фібрином є прогностично сприятливими, тривалу їх персистенцію розцінюють на користь операції. Ін'єкційні методи і термокоагуляцію останніми роками успішно застосовують не лише для зупинення триваючої кровотечі, але й профілактики її рецидиву за наявності видимої судини.

Доцільність використання блокаторів шлункової секреції для запобігання повторним кровотечам є предметом дискусій. Підставою для очікування такого ефекту є підтверджена *in vitro* стабілізація згортка крові при досягненні ахлоргідрії та інактивації протеолітичної дії пепсину. Тому обґрунтованим вважається застосування максимальних доз H_2 -блокаторів третьої-четвертої генерації, наприклад, фамотидину, а особливо — інгібіторів протонної помпи (останні забезпечують стабільне підтримання рН у межах 6,0 — 7,5). Повідомляють навіть про співмірність проти-рецидивного ефекту омепразолу з ін'єкційною терапією. Вважають доцільним підкріплювати ендоскопічний гемостаз подальшим призначенням блокаторів шлункової секреції. Проте не всі автори досліджень, у тому числі рандомізованих, виявили зниження частоти рецидивів кровотечі при застосуванні H_2 -блокаторів і омепразолу. Немає одностайної думки і щодо результатів застосування аналогів соматостатину, які не лише блокують секрецію, але й знижують спланхніковий кровоплин у внутрішніх органах. З урахуванням того, що у хворих з геморагічними ускладненнями пептичної виразки фібринолітична активність слизової шлунка підвищена, досліджується вплив на частоту повторних кровотеч антифібринолітика — транексамікової кислоти, проте результати наразі суперечливі.

Проте успішне загоєння кривавлячих виразок під впливом сучасної терапії призвело, згідно з даними світової літератури, до суттєвого зниження хірургічної активності при виразкових кровотечах — з 50 до 10-30%. Прероґативою хірургів залишилися переважно невідкладні, а також ранні превентивні (з метою попередження рецидивних геморагій) втручання. Летальність після останніх значно ниж-

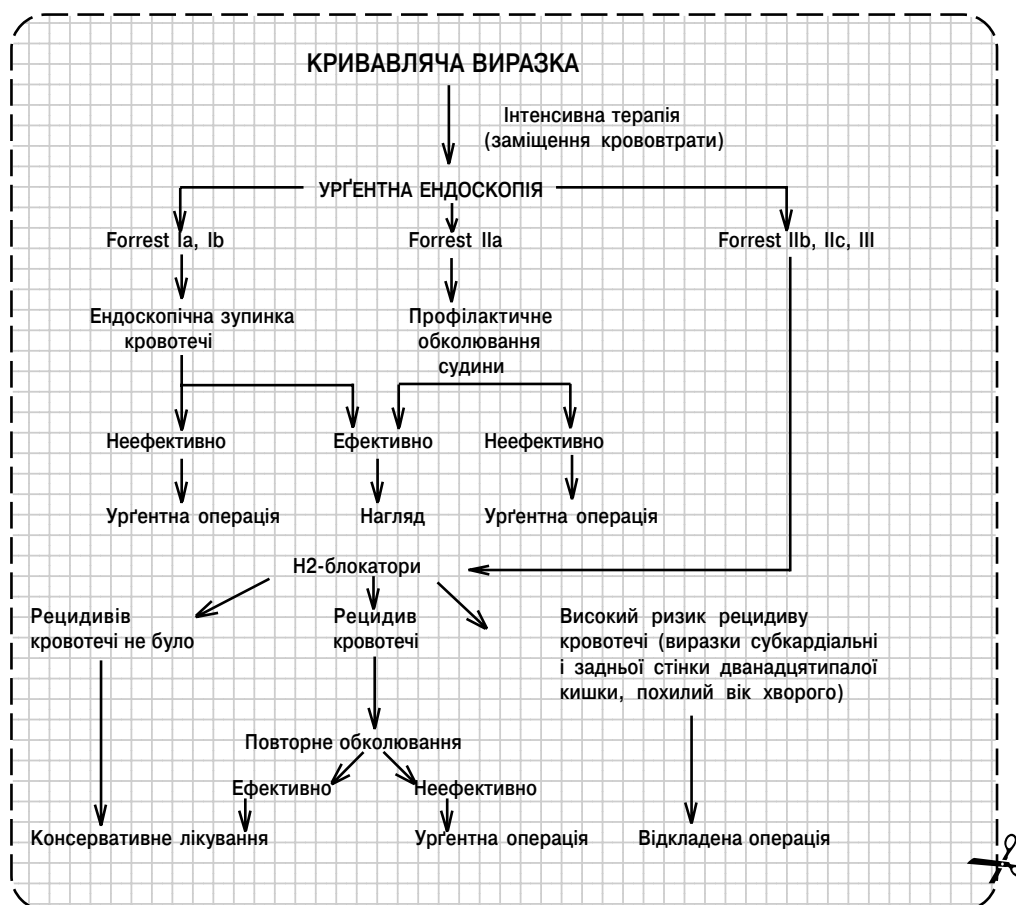
ча, ніж при рецидиві, і їх широке виконання дало можливість суттєво знизити загальну смертність у 70-80 рр. Проте нині їх частка зменшилась і коливається у досить широких межах, що залежить від оцінки авторами значимості факторів ризику рецидиву та надійності ендоскопічного гемостазу. Останній може розглядатись і як метод остаточної зупинки кровотечі, і як тимчасовий захід, що забезпечує час для передопераційної підготовки. Окремі автори з успіхом вдаються до ендоскопічного гемостазу і при рецидивних кровотечах, особливо у хворих високого операційного ризику. За умов старанного локального гемостазу і максимального блокування кислотопродукції F. Piemontese et al. (1991) висувують принцип “старанний лікар і ледячий хірург”. R. Kuchle et T. Junginger (1996) застосовують повторні сеанси ендоскопічного гемостазу, не чекаючи рецидиву кровотечі, і вважають за можливе взагалі відмовитись від ранніх операцій. У таблиці 4 наведено покази до хірургічного лікування за Wheatley et al (1991), а у таблиці 5 — тактичний алгоритм за M. Dobosz et al. (1994).

Таблиця 4.
Покази до хірургічного лікування пацієнтів з кривавлячими виразками (За Wheatley et al., 1991)

Вік < 60 років	Вік > 60 років
Струменева кровотеча, яка не зупиняється ендоскопічно Два рецидиви кровотечі у стаціонарі Необхідність трансфузії > 8 об'ємних одиниць протягом першої доби або 12 одиниць протягом двох діб для заміщення дефіциту циркулюючої крові	Струменева кровотеча, яка не зупиняється ендоскопічно Рецидив кровотечі у стаціонарі Необхідність трансфузії > 4 об'ємних одиниць протягом першої доби для заміщення дефіциту циркулюючої крові

Широке застосування блокаторів шлункової секреції викликало також зміну співвідношення різних типів операцій при пептичних виразках. Paimela et al. (1991) повідомляють, що загальне зниження числа планових втручань відбулося переважно за рахунок різних видів ваготомій, а кількість операцій резекційного типу зменшилась мало.

P. Hunt and R. McIntyre (1990) показами до резекції вважають локалізацію кривавлячої виразки у шлунку або розміри дуоденальної виразки 2 см і більше. Саме такі виразки здебільшого вимагають операції через підвищений ризик рецидиву кровотечі і резистентність до терапії. Другим моментом, який визначає обсяг операції, є необхідність висічення або екстеріоризації виразки, як гарантія запобігання рецидиву кровотечі. При завершенні подібного втручання у хворих з великими пенетруючими виразками ваготомія часто втрачає свої переваги (менша тривалість і травматичність) перед резекцією, а нерідко остання є технічно єдиною можливим варіантом. З урахуванням цього і надійнішого віддаленого результату ряд сучасних авторів пропонують резекцію шлунка, як основну операцію при виразкових кровотечах. Поряд з цим багато хірургів при дуоденальних кровотечах віддають перевагу втручанням на виразці з ваготомією, особливо у випадках ранніх і невідкладних втручань. Акцентується на поєднанні меншої травматичності таких втручань з задовільним віддаленим результатом у хворих високого операційного ризику. При високому операційному ризику може виконуватись паліатив — лише висі-



**Алгоритм вибору тактики при кривавлячих виразках
(За М. Dobosz et al. 1994)**

чення чи екстеріоризація виразки. Втім, вважаючи усунення H. pylori у комбінації з терапією інгібіторами протонної помпи основним і високоефективним шляхом забезпечення доброго віддаленого результату, H. Roher et al. (1996) усі ургентні і ранні операції обмежують таким втручанням. Деякі автори допускають при особливо високому операційному ризику прошивання виразки, застерігаючи, проте, про ненадійність гемостатичного ефекту.

Для переважної більшості пацієнтів з кривавлячими виразками сучасна медикаментозна терапія є основним і остаточним методом лікування. Хворі з невисоким ризиком рецидиву кровотечі можуть перебувати у звичайних палатах хірургічного відділу. За відсутності показів до планової операції деякі автори нині допускають їх виписку на амбулаторне лікування через 2-4 доби (після цього терміну ризик повторних кровотеч значно зменшується).

Нині рекомендують як засіб вибору інгібітори протонної помпи, що забезпечують стійке блокування кислотопродукції, швидко загоєння виразки, не дають синдрому відміни. Багато авторів відзначає добрі результати і від H₂-блокаторів 3-4 покоління.

ня (фамотидин, роксатидин). Частота і швидкість загоєння кривавлячих виразок під впливом сучасних блокаторів шлункової секреції не є нижчою, ніж неускладнених, і протягом 4 тижнів сягає 70% при лікуванні фамотидином і 93% при лікуванні омепразолом. У перші дні препарати дають у максимальних терапевтичних дозах для досягнення ахлоргідрії. Здебільшого блокатори шлункової секреції призначають перорально з першого ж дня, потреба у парентеральному введенні виникає лише у важких хворих з порушенням свідомості, при необхідності постійної назогастральної аспірації (контроль за можливістю рецидиву кровотечі) та порушенні евакуації зі шлунка (стеноз). У цьому ж випадку забороняють пероральне харчування та прийом рідини. Іншим пацієнтам не дозволяють їсти протягом перших 24-48 годин лише з огляду на можливу необхідність повторних ендоскопій та загрозу аспірації при наркозі (у випадку виконання операції).

Що стосується т. зв. репаратів (солкосерил, актовегін, оксиферискорбон тощо), то жодні рандомізовані дослідження не підтвердили їх позитивний вплив на загоєння виразки порівняно з плацебо.

У комплекс лікування пацієнтів після виразкових кровотеч входять також препарати заліза для відновлення рівня гемоглобіну.

Блокатори шлункової секреції у поєднанні з амоксициліном чи кларитроміцином та метронідазолом є невід'ємною частиною сучасних схем антигелікобактерної терапії, яку доцільно проводити у повному обсязі (див. "Медицина світу", т.1, N 1). Саме усунення *H. pylori*, згідно з сучасними повідомленнями, достовірно зменшує кількість рецидивів виразки, і, відповідно, кровотеч у майбутньому. Зниження частоти пізніх рецидивів кровотеч залежить також від тривалого підтримуючого лікування H_2 -блокаторами чи омепразолом.