

УДК 616.342-002.44-06-005.1-055.1/.2-018

*Є.М. Шепетько, В.В. Єфремов***МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ, ПОЄДНАНІ УСКЛАДНЕННЯ
І ГЕНДЕРНА ДИНАМІКА ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК,
ЩО УСКЛАДНИЛИСЬ КРОВОТЕЧЕЮ***Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна*

e-mail: Место для ввода текста.

Резюме: Встановлено, що особливостями клінічного прояву і перебігу гострих виразкових дуоденальних кровотеч порівняно з минулим періодом (1994, 1996 рр.) є достовірне зростання частоти осіб похилого і старечого віку (>70 років) в 1,7 рази, частоти локалізації виразки на верхній стінці – в 1,84 рази, на нижній стінці – в 3,9 рази, на задньо-верхній стінці – в 1,36 рази та на задньо-нижній стінці цибулини 12-палої кишки, що може бути обумовлено особливостями ангіоархітектоніки цибулини та більш поверхнево-му розташуванні судин більшого калібру в підслизовому шарі в зонах виразкування; зниження показника частоти гігантських виразок (>2 см) в 1,51 рази, але з його недостовірним зростанням серед оперованих пацієнтів в 1,37 рази ($p=0,4316$) (частіше оперували пацієнтів із виразками значних розмірів). Поєднання ускладнень дуоденальних виразок характеризувалось достовірним зниженням показників: *К* (кровотеча) + *Пен* (пенетрація) – в 14,29 разів, *К* + *С* (стеноз) – в 23,03 рази, *К* + *С* + *Пен* – в 29,67 разів, і цей факт може бути пояснено широким застосуванням сучасних потужних інгібіторів протонної помпи та ерадикаційною терапією на догоспітальному етапі до розвитку гострих виразкових дуоденальних кровотеч. Частота поступлення пацієнтів із повторною виразковою кровотечею достовірно зменшилась у 1,64 рази (з 11,3 до 6,87%). Відносна кількість хворих з виразковим анамнезом достовірно зменшилась в 1,45 рази, що можна пояснити виявленням в даний час дуоденальних виразок частіше лише тоді, коли вона ускладнилась розвитком шлунково-кишковою кровотечею.

Ключові слова: гостра виразкова дуоденальна кровотеча, поєднання ускладнень виразки, виразковий анамнез.

Вступ. Протягом останніх 15-20 років завдяки активному застосуванню антихелікобактерної терапії згідно Маастрихтських консенсусів (1996, 2000, 2005, 2010 рр.) змінилась тактика хірургічного лікування гострих виразкових дуоденальних кровотеч (ГВДК), із розробкою сучасних стандартів^{5,7}. Переважає тенденція комплексного консервативного лікування при стриманому відношенні до оперативних втручань. Разом із тим зросла питома вага ускладнених дуоденальних виразок (ДВ), що потребують іншої тактики лікування^{3,4,6}. При цьому, питання, яким чином морфологія ДВ (розміри, локалізація) та наявність супутніх ускладнень виразки впливає на тактику лікування, залишається відкритим. Зокрема, *Соломонова Г.А.* та співавт. (2014) вказують на переважну локалізацію ГВДК на задньо-верхній (29,4%) та задній (21,9%) стінках ДПК і вважають, що локалізацією виразкового кратера і фактом пенетрації визначається тактика лікування¹. У той

же час *Іващук О.І., Малишевський І.О.* (2011) схиляються до думки про те, що розміри виразки більше 1,5 см при локалізації її на задній стінці у хворих старшого віку (>60 років) є підставою для невідкладної операції протягом перших 3-ох діб після поступлення в стаціонар, тоді як виразки передньої стінки, навіть >1,5 см, підлягають комплексному консервативному лікуванню, що автори пояснюють різною частотою раннього рецидиву кровотечі (РРК) в стаціонарі². Тому, проблема впливу морфологічних характеристик ГВДК, вікової, гендерної динаміки, а також частоти поєднаних ускладнень ДВ, на тактичні підходи в лікуванні залишається актуальною і на сьогодні.

Мета дослідження. Проаналізувати морфологічні характеристики гострокровоточивої ДВ (ГКДВ), вікову і гендерну динаміку, поєднані ускладнення виразки, а також виразковий анамнез за два періоди – 2004-2008 рр. та 1994, 1996 рр.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження слугували спостереження у 2285 хворих із діагнозом ГВДК, які лікувались в хірургічній клініці на базі Київського міського центру шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) за періоди 2004-2008 рр. (основна група, 1630 пацієнтів, консервативно лікувалось 1577 (96,75%), оперовано – 53 (3,25%)) і в 1994, 1996 рр. (контрольна група, 655 пацієнтів, 345 (52,67%) та 310 (47,33%) відповідно). Ендоскопічне дослідження виконано 2253 пацієнтам, 1620 в основній і 633 в

контрольній групі. Використано методи: клінічні, порівняльного аналізу, статистичні.

Результати дослідження та їх обговорення. 1. Вікова і гендерна структура ГВДК. При порівнянні показників частоти пацієнтів чоловічої та жіночої статі з ГВДК в різних вікових групах (рис. 1, 2) виявлено, що у віці до 50 років показник відносної кількості чоловіків вище, ніж у підгрупі більш старшого віку, тоді як переважання жінок старшого віку у вікових підгрупах починається з 50 років ($p < 0,05$).

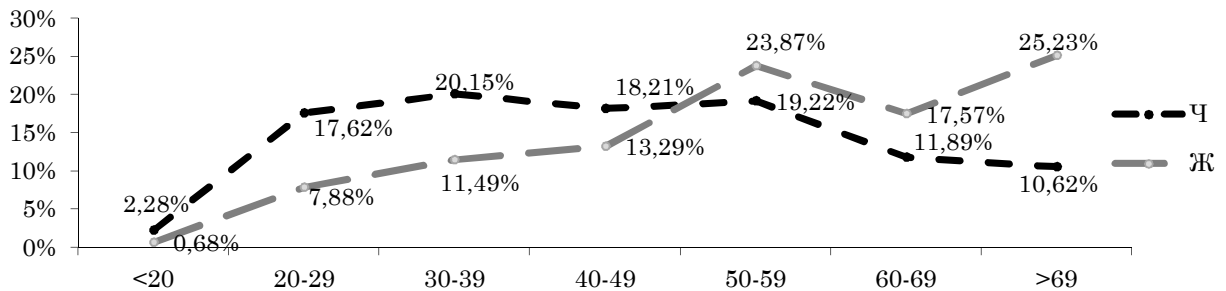


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з ГВДК за статтю і віком у основній групі.

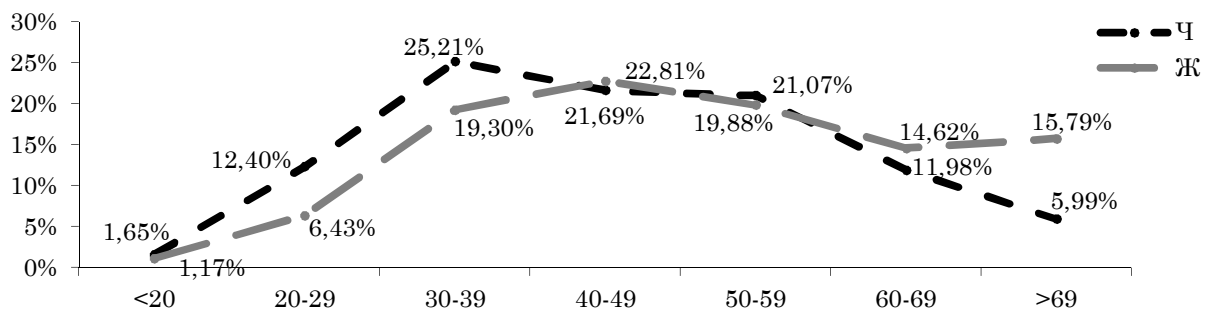


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з ГВДК за статтю і віком у контрольній групі.

Результати аналізу гендерної динаміки в основній та контрольній групах показали достовірний ріст вікової підгрупи 20-29 рр. серед чоловіків в 1,42 рази ($p=0,0085$), вікової підгрупи 70 років і старше в 1,78 рази ($p=0,0028$), а також у віковій підгрупі 70 років і старше серед жінок – в 1,6 рази ($p=0,0124$). Загалом, за 2-а періоди досліджень кількість пацієнтів 70 років і старше зросла в 1,7 рази (з 8,55% в контрольній групі до 14,6% в основній, $p=0,0001$) (рис. 1, 2).

Результати порівняння вікових категорій оперованих хворих показують достовірне зниження їх частоти у віковому інтервалі 30-39 рр. в 1,92 рази (з 29,03 до 15,09%, $p=0,0353$). Навпаки, зросла у 1,74 рази частка оперованих пацієнтів у віковому інтервалі 60 р. і старше (з 11,93 до 20,75%, $p=0,0806$).

При аналізі розподілу пацієнтів, яких лікували консервативно, за віком, можна зробити висновок щодо зростання складової вікової групи 20-29 р. в 2 рази (з 7,25 до 14,9%, $p=$

0,0002) і зменшення вікової групи 40-49 р. в 1,27 рази (з 20,38 до 16,42%, $p=0,0475$), що відображає більш молодий вік пацієнтів, які підлягають консервативному лікуванню в основній групі останнім часом.

Таким чином, результати проведеного порівняльного аналізу вікових категорій хворих виявили зростання показника частоти старшої вікової групи пацієнтів із ГВДК, і в особливості – зростання питомої ваги пацієнтів старшого віку (70 р. і старше), в т.ч. й серед оперованих пацієнтів, яке пов'язане із загальною тенденцією щодо постаріння людської популяції.

2. Розміри та локалізація ГВДВ. Середній розмір виразок, діагностованих при ендоскопії, склав в основній групі – $0,93957 \pm 0,018728$ см, в контрольній – $1,001163 \pm 0,031406$ см ($p=0,1035$). Виявлено достовірне переважання пацієнтів із виразками розміром 0,5-0,9 см над усіма іншими ($p=0,00001$). Виразки розміром 0,5-1,4 см склали 87,91% в основній та 84,99% в

контрольній групі ($p=0,0633$), а в обох групах виявлено переважання пацієнтів із розмірами виразки 0,5-1,4 см (87,09%) без динаміки за періодами. Зменшилась питома вага гігантських виразок (більше 3 см) – в 3,84 рази

(з 2,84 до 0,74%, $p=0,0001$). Частота виразок більше 2 см (гігантських) знизилася в 1,51 рази (з 6,16 до 4,07%, $p=0,0345$) (рис. 3).

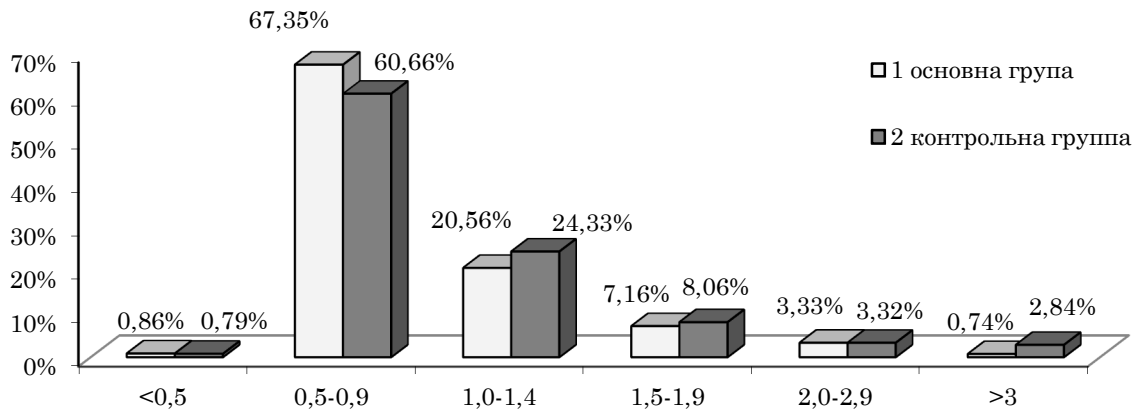


Рис. 3. Розміри ГҚДВ у групах пацієнтів, що досліджуються (см,%).

В оперованих пацієнтів в основній групі, виразки розміром 0,5-0,9 см склали 35,85% із переважанням виразки розміром від 1 до 2 см (50,95%), а в контрольній групі достовірно пе-

реважали розміри виразки 0,5-0,9 см (54,19%) порівняно з усіма іншими підгрупами ($p<0,05$) (рис. 4).

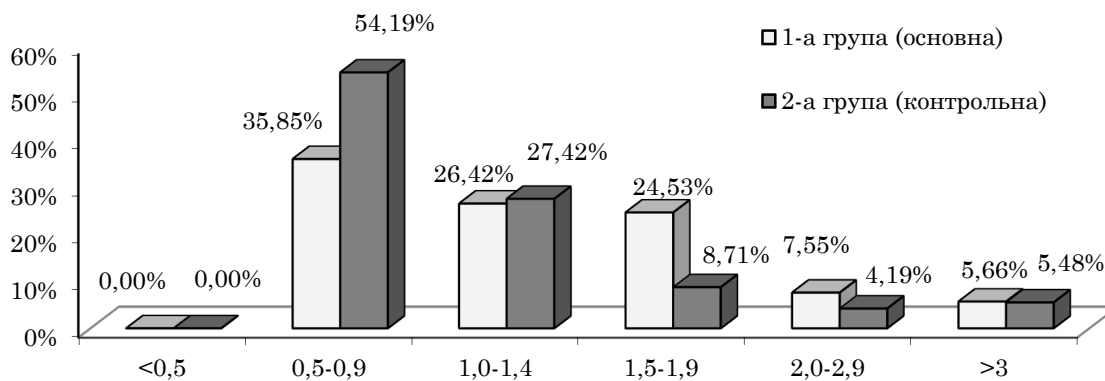


Рис. 4. Розміри виразок у пацієнтів, оперованих із приводу ГВДК (см, %).

Розглядаючи динаміку розмірів виразок між основною та контрольною групами у оперованих пацієнтів, виявлено, що виразок розміром 0,5-0,9 см стало в 1,51 рази менше ($p=0,0140$), розмірами 0,5-1,4 см – в 1,31 рази менше (з 81,61 до 62,27%, $p=0,0016$). Частота виразок розмірами 1,5-1,9 см зросла в 6,26 рази ($p=0,0008$), а виразок розміром більше 3,0 см – практично не змінилась ($p=0,9577$). Частота гігантських виразок (більше 2 см) зросла в 1,37 рази (з 9,67 до 13,21%, $p=0,4316$).

При консервативному лікуванні ГВДК в основній групі виявлено достовірно переважання підгрупи пацієнтів із виразками 0,5-0,9 см (68,41%), над усіма іншими ($p=0,00001$). В контрольній групі виявлена та ж закономірність – переважання виразок розмірами 0,5-0,9 см (66,87%), при цьому їх було достовірно більше, ніж пацієнтів з іншими розмі-

рами виразок ($p=0,00001$). Достовірної різниці за показником розміру виразки серед пацієнтів, які лікувались консервативно, між підгрупами основної та контрольної груп не виявлено ($p>0,05$ для усіх підгруп).

В основній групі переважали пацієнти з локалізацією виразки на верхній (25,93%) стінці. Їх було достовірно більше, ніж пацієнтів із будь-якою іншою локалізацією виразки ($p=0,00001$ в усіх підгрупах). У контрольній групі виявлено виражене, достовірне та багаторазове переважання локалізації ДВ на задній стінці (38,55%), ($p=0,00001$ для всіх підгруп) (рис. 5).

Розглядаючи динаміку локалізації ДВ загалом, можна дійти наступних висновків: достовірно зросла частота хворих із локалізацією виразки на верхній стінці – в 1,84 рази ($p=0,00001$), на нижній – в 3,9 рази ($p=0,00001$),

на задньо-верхній – в 1,36 рази ($p=0,0195$), і на задньо-нижній стінці – в 1,6 рази ($p=0,0246$), що може бути обумовлено особливостями ангіоархітекτονіки цибулини ДПК та більш поверхневому розташуванні судин більшого калібру в підслизовому шарі в зонах ви-

разкування. Пацієнтів із локалізацією виразки на задній стінці стало менше в 1,9 рази ($p=0,00001$), а з локалізацією виразки на передньо-верхній стінці зменшилась в 1,6 рази ($p=0,00001$).

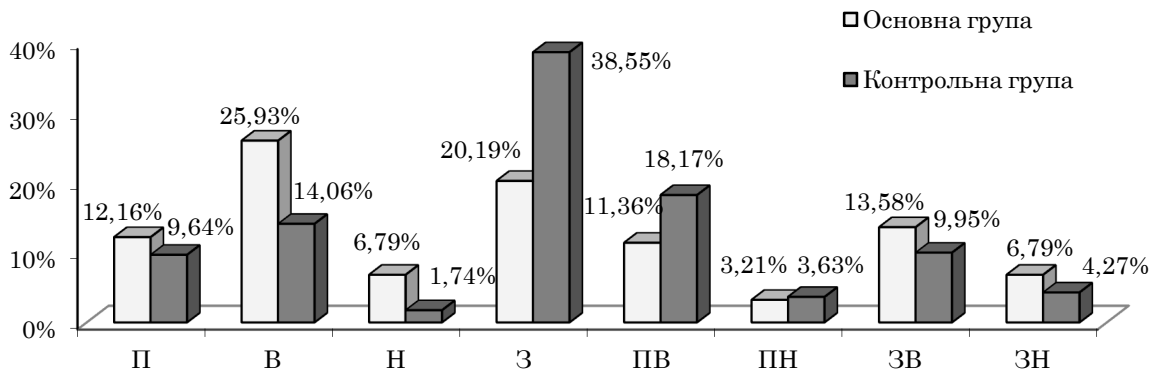


Рис. 5. Локалізація джерела ГВДК за ендоскопічними даними.

Примітка:

П – передня стінка; В – верхня стінка; Н – нижня стінка; З – задня стінка; ПВ – передньо-верхня стінка; ПН – передньо-нижня стінка; ЗВ – задньо-верхня стінка; ЗН – задньо-нижня стінка.

У оперованих пацієнтів з ГВДК не виявлено статистично значимої різниці в локаліза-

ції виразки в основній та контрольній групах ($p>0,05$) (рис. 6).

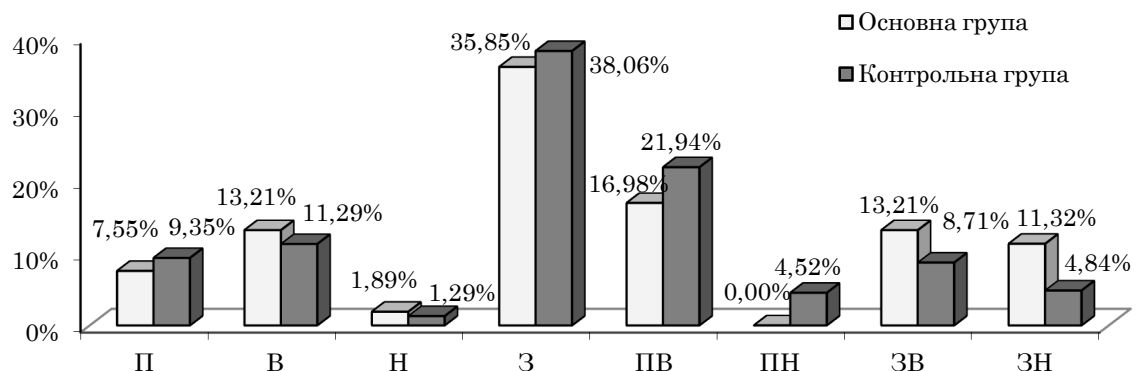


Рис. 6. Локалізація виразки в оперованих пацієнтів із ГВДК.

Примітка:

П – передня стінка; В – верхня стінка; Н – нижня стінка; З – задня стінка; ПВ – передньо-верхня стінка; ПН – передньо-нижня стінка; ЗВ – задньо-верхня стінка; ЗН – задньо-нижня стінка.

ГКДВ локалізувалась переважно на задній стінці (35,85 та 38,06% відповідно, достовірно переважання з $p<0,05$ порівняно з будь-якою іншою підгрупою). 2-е місце за частотою локалізації ГВДК займає передньо-верхня стінка (16,98 і 21,94% відповідно) без статистично достовірної різниці відповідних показників ($p=0,4149$).

На основі аналізу даних щодо локалізації ГВДК при консервативному лікуванні (рис. 7) виявлено, що в основній групі достовірно переважала локалізація виразки на верхній стінці (26,36%) над усіма іншими підгрупами ($p=0,00001$), а в контрольній групі виразки локалізувались переважно на задній стінці

(39,01%), і цей показник достовірно перевищував аналогічні серед підгруп з іншою локалізацією ДВ ($p=0,00001$).

Загалом, у пацієнтів, що лікувались консервативно, ДВ локалізувалась переважно на верхній (24,71%) і задній (22,96%) стінках. Виявлено достовірний ріст групи пацієнтів із виразками на верхній стінці – в 1,58 рази ($p=0,0003$), на нижній – у 3,21 рази ($p=0,0011$), на задньо-нижній – в 1,78 рази ($p=0,0467$). Разом із тим, зазначається зниження виявлення ГВДК, що розташовані на задній стінці, в 1,98 рази ($p=0,00001$).

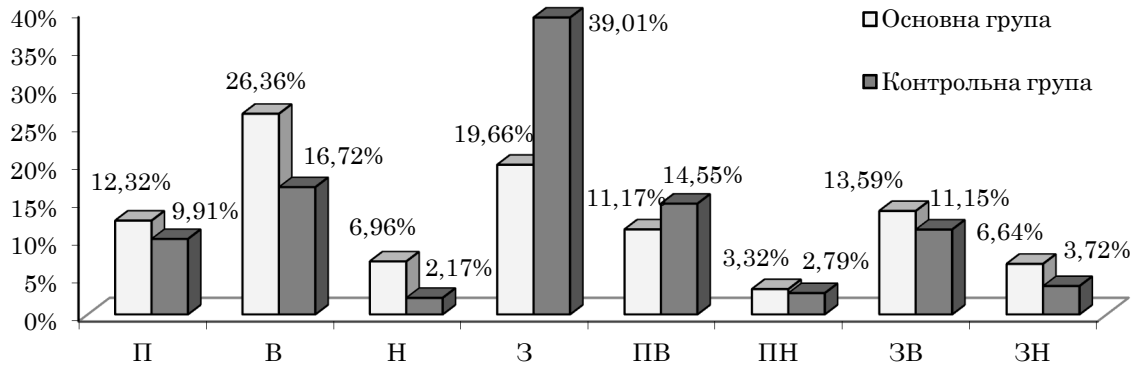


Рис. 7. Локалізація виразки у пацієнтів із ГВДК, які лікувались консервативно.
Примітка: П – передня стінка; В – верхня стінка; Н – нижня стінка; З – задня стінка; ПВ – передньо-верхня стінка; ПН – передньо-нижня стінка; ЗВ – задньо-верхня стінка; ЗН – задньо-нижня стінка.

При аналізі розподілу локалізації ГВДК за віковими періодами в основній та контрольній групах виявлено, що у віці 30-39 років зменшилась частота виразок на задній стінці в 1,88 рази (з 27,05 до 14,37%, $p=0,0002$), а у віці 70 років і старше – зросла в 3,33 рази (з 5,33 до 17,74%, $p=0,00001$), в той час як частота виразок задньо-верхньої стінки збільшилась в інтервалі 20-29 років у 2,96 рази (з 4,76 до 14,09%, $p=0,0456$), а у віці 70 років і старше – збільшилась у 2,58 рази (з 7,94 до 20,45%, $p=0,0224$).

Пацієнти з локалізацією виразки на передній стінці найчастіше відносились до вікового періоду 30-39 років (24,42%), на верхній – 50-59 років (23,38%), на нижній – 50-59 років (22,31%), на задній – 30-39 років (19,79%) та 40-49 років (19,44%), на передньо-верхній – 40-49 років (23,41%), на передньо-нижній – 30-39 років (25,33%), на задньо-верхній – 30-39 (19,08%) і 50-59 років (18,73%), на задньо-нижній – 50-59 років (24,09%).

Поєднання ускладнень ГВДВ виявлено в обох групах у 174 пацієнтів (18 в основній групі та 156 у контрольній) (рис. 8).

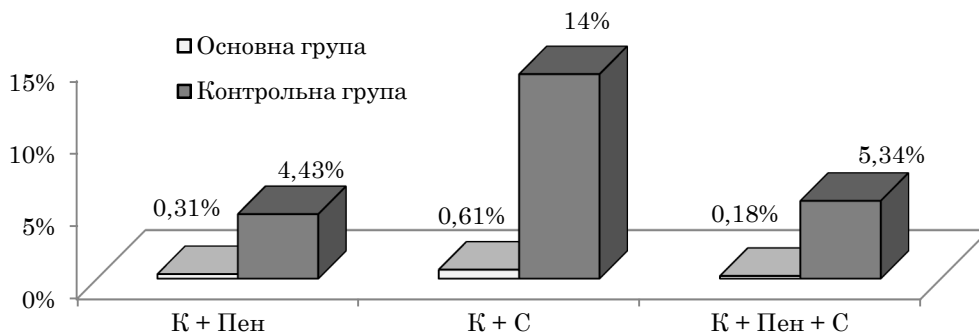


Рис. 8. Поєднання ускладнень при дуоденальних виразкових кровотечах в основній та контрольній групах пацієнтів.

В основній групі пацієнтів виявляється статистично достовірна різниця між пацієнтами, яких оперували та лікували консервативно в групі з поєднанням кровотечі (К) та пенетрації (Пен) (9,43% та 0 відповідно, $p=0,00001$), а в групі з поєднанням кровотечі (К) та стенозу (С) – в 7,39 рази (3,77 та 0,51%, $p=0,0029$). Пацієнти з 3-ма ускладненнями були лише серед оперованих (5,66% проти 0, $p=0,00001$).

У контрольній групі також виявляється статистично достовірна різниця між пацієнтами, яких оперували і лікували консервативно при поєднанні К + Пен (в 31,14 рази, 9,03 і 0,29%, $p=0,00001$), а у групі з поєднанням К + С різ-

ниця була в 2,68 рази (20,97 та 7,83%, $p=0,00001$), тоді як хворі з 3-ма ускладненнями (К + С + Пен) зустрілись лише серед оперованих (11,29%, $p=0,00001$).

Це співвідношення серед усіх пацієнтів між контрольною та основною групами характеризувалось достовірним зниженням частоти поєднання відповідних ускладнень – К + Пен у 14,29 разів ($p=0,00001$), К + С – у 23,03 рази ($p=0,00001$), поєднання К + Пен + С – у 29,67 рази ($p=0,00001$).

При порівнянні хворих із ГВДК, що ускладнились одночасно кровотечею та пенетрацією, між основною та контрольною групами при

оперативному лікуванні достовірної різниці не виявлено (9,43 та 9,03%, $p=0,9255$), а за цим показником при консервативному лікуванні в основній групі таких пацієнтів не було, тоді як у контрольній групі цей показник склав 0,29% ($p=0,0326$).

Результати порівняння пацієнтів із кровотечею і стенозом показали, що в основній групі серед оперованих їх стало менше порівняно з контрольною в 5,56 разів (3,77 та 20,97%, $p=0,0031$), а серед тих, кого лікували консервативно, їх стало менше в 15,35 рази (0,51 та 7,83%, $p=0,00001$).

При порівнянні пацієнтів із 3-ма ускладненнями серед оперованих цей показник зменшився в 2 рази (5,66 та 11,29%, $p=0,2168$), тоді як серед тих, кого лікували консервативно, таких пацієнтів в обох групах не було. Загальний показник поєднання 3-ох ускладнень як серед оперованих, так і серед не оперованих, достовірно знизився в 29,67 рази з 5,34 до 0,18% ($p=0,00001$).

Показник частоти поєднання *K + Пен* при оперативному лікуванні знизився незначно, на 5,22%, і статистично недостовірно (з 20,32 до 15,1%, $p=0,3765$), а при консервативному лікуванні достовірно зменшився (з 0,29% до 0, $p=0,0326$), і загалом по групах знизився в 19,94 рази (з 9,77 до 0,49%, $p=0,00001$). Загальний показник поєднання *K + С* при оперативному лікуванні зменшився в 3,42 рази (з 32,26 до 9,43%, $p=0,008$), а при консервативному – в 1,54 рази (з 7,83 до 5,07%, $p=0,0429$), тоді як загалом у цієї категорії хворих знизився в 24,24 рази (з 19,39 до 0,8%, $p=0,00001$).

Зниження частоти поєднання ускладнень зі стенозом і пенетрацією в основній групі при консервативному лікуванні може бути пояснено широким застосуванням сучасних потужних інгібіторів протонної помпи (ІПП) та ерадикаційною терапією на догоспітальному етапі до розвитку ГВДК. З урахуванням тієї важливої обставини, що або системна, або несистемна консервативна терапія, є протективним фактором по відношенню до появи поєднаних ускладнень ДВ, коли розвиток цих ускладнень відтермінується на більш пізній віковий період, старше 60 років, що підтверджується даними нашого дослідження щодо віку і статі пацієнтів в основній та контрольній групах, які показали, що в основній групі в 1,7 рази збільшилась кількість пацієнтів у віці 70 років і старше, причому для чоловіків в 1,78 рази ($p=0,0028$), а для жінок – в 1,6 рази ($p=0,0124$). Це є свідченням збільшення частоти виявлення пацієнтів старшої вікової групи з ГВДК і, в особливості, зростан-

ня питомої ваги пацієнтів старечого віку як серед чоловіків, так і серед жінок. У той же час, при порівнянні кількості ускладнень ДВ кровотечею з іншими видами ускладнень серед оперованих при поєднанні кровотечі та пенетрації зазначено деяке недостовірне збільшення їх до 9,43%, або на 0,4% ($p=0,9255$); при поєднанні кровотечі та стенозу співвідношення зворотне – показник у 5,6 рази зменшився (3,77 і 20,97%, $p=0,0031$). Крім того, частота гігантських виразок (більше 2 см) в оперованих зросла в 1,37 рази в основній групі порівняно з контрольною (з 9,67% до 13,21%, $p=0,4316$), і це, в значній мірі, можна пояснити проявами агресивного перебігу виразки у пацієнтів, які зазнали оперативного втручання, з розвитком значних деструктивних змін у зоні виразкового субстрату і формуванням виразок великих розмірів. Така динаміка, що характеризується зниженням частки поєднаних ускладнень, може пояснити різке зниження оперативної активності при ГДВК.

Інтраопераційна діагностика характеру ускладнень ДВ та їх поєднання – найбільш точна, оскільки при ендоскопії частина даних щодо стенозу, або пенетрації виразки може бути втрачена. Зниження частоти виявленої пенетрації виразки у 19,94 рази, крім усього іншого, може пояснюватись зниженням частоти виявлення виразок із локалізацією на задній стінці (в 2 рази).

При аналізі розподілу пацієнтів з поєднаними ускладненнями ДВ за віковими групами виявлено, що в групі поєднання *K + Пен* переважала середня вікова група 30-49 років (32,35%+29,41%=61,76%) без достовірної різниці між показниками за періодами. При поєднанні *K + С* переважали пацієнти 30-59 років (20,59%+23,53%+23,53%=67,65%). У віковому періоді 60-69 років достовірно в 3,94 рази зросла частота поєднання кровотечі з виразки зі стенозом (30% в основній та 7,61% в контрольній, $p=0,0259$).

У групі поєднання кровотечі зі стенозом і пенетрацією переважала вікова підгрупа 40-49 років (31,58%). Встановлено достовірне зростання показника частоти виявлення поєднання кровотечі зі стенозом і пенетрацією в групі 70 років і старше (з 0 до 33,33%, $p=0,0014$). В інших вікових групах динаміки показників не спостерігалось.

Проаналізовані дані щодо наявності виразкового анамнезу у пацієнтів на момент поступлення у клініку з ГВДК (табл. 1). Виявлено, що відносна кількість хворих з гастродуоденальною виразкою в анамнезі достовірно зменшилась в 1,45 рази (з 52,82 до 36,44%, $p=0,00001$), в той час як пацієнтів без вираз-

кового анамнезу стало в 1,35 рази більше ($p=0,00001$), що можна пояснити виявленням у даний час ДВ лише тоді, коли вона ускладнилась розвитком ШКК. Кількість пацієнтів із тривалим виразковим анамнезом (більше

10 років) достовірно зменшилась в 1,2 рази ($p=0,0333$), в той же час цей показник для хворих із виразковим анамнезом менше 10 років – зменшився в 1,79 рази ($p=0,00001$).

Табл. 1. Тривалість виразкового анамнезу у пацієнтів

Групи пацієнтів, періоди досліджень	Пацієнти Всього N (%)	Є виразковий анамнез	З них в анамнезі		Виразковий анамнез понад 10 років	Виразковий анамнез менше 10 років	Виразкового анамнезу немає
			перфорована виразка	ШКК			
Основна група (2004-2008 рр.)	1630	594 (36.44 %)	37 (2,27%)	112 (6,87%)	339 (20,8%)	255 (15,64%)	1036 (63,56%)
Контрольна група (1994, 1996 рр.)	655	346 (52.82%)	20 (3,05%)	74 (11,3%)	163 (24,88%)	183 (27,94%)	309 (47,18%)
<i>p</i>		0,00001	0,2797	0,0005	0,0333	0,00001	0,00001
Всього	2285	940 (41.14%)	57 (2,49%)	186 (8,14%)	502 (21,97%)	438 (19,17%)	1345 (58,86%)

Кількість пацієнтів, оперованих раніше з приводу перфоративної виразки, які у подальшому були доставлені у клініку з ГВДК, змінилась незначно (3,05% в контрольній групі та 2,27% в основній) та недостовірно, в той же час, частота поступлення пацієнтів із виразковою кровотечею в анамнезі, тобто з повторною кровотечею, достовірно зменши-

лась в 1,64 рази (з 11,3 до 6,87%), і це можна пояснити ефективністю застосування в комплексному лікуванні противиразкової (ІПП) та ерадикаційної (антибіотики) терапії на госпітальному етапі. Крім того, ці дані пояснюють зниження частки поєднаних ускладнень виразки в основній групі порівняно з контрольною.

Висновки:

- Особливостями клінічного прояву і перебігу гострокровоточивої дуоденальної виразки порівняно з минулим періодом (1994, 1996 рр.) є достовірно зростання частоти осіб похилого і старечого віку (старше 70 років) в 1,7 рази, яке пов'язане із загальною тенденцією щодо постаріння людської популяції, а також частоти локалізації виразки на верхній стінці в 1,84 рази, на нижній стінці в 3,9 рази, на задньо-верхній стінці в 1,36 рази та на задньо-нижній стінці в 1,6 рази, що може бути обумовлено особливостями ангіоархітекtonики цибулини дванадцятипалої кишки та більш поверхневому розташуванні судин більшого калібру в підслизовому шарі в зонах виразкування.
- Зниження показника частоти виявлення гігантських виразок (>2 см) в 1,51 рази (результат ефективності сучасного противиразкового лікування на догоспітальному етапі), але з його недостовірним зростанням серед оперованих пацієнтів в 1,37 рази (частіше оперували хворих із виразками значних розмірів).
- Поєднання ускладнень дуоденальної виразки достовірно частіше зустрічалось в основній групі серед оперованих пацієнтів порівняно з неоперованими: кровотечі (*К*) і стенозу (*С*) – у 7,39 рази, кровотечі (*К*) та пенетрації (*Пен*) – 9,43% та 0%, *К* + *С* + *Пен* – 5,66% і 0%, а при порівнянні контрольної групи з основною для всіх пацієнтів характеризувалось достовірним зниженням показників: *К* + *Пен* – у 14,29 разів, *К* + *С* – у 23,03 рази, поєднання *К* + *С* + *Пен* – у 29,67 раз. Це може бути пов'язано з широким впровадженням сучасних схем противиразкової фармакотерапії у хворих не з вперше виявленою гострокровоточивою дуоденальною виразкою, а таких, які мають анамнез і перенесли багаторазові курси консервативного лікування, які, в свою чергу, могли попередити приєднання таких ускладнень, як пенетрація і стеноз.
- Частота поступлення пацієнтів із повторною виразковою кровотечею достовірно зменшилась в 1,64 рази (з 11,3 до 6,87%), що пояснюється ефективністю застосування в комплексному лікуванні противираз-

- кової та ерадикаційної (антибіотики) терапії на госпітальному етапі.
5. Відносна кількість хворих із виразковим анамнезом достовірно зменшилась в 1,45

рази, що можна пояснити виявленням на даний час дуоденальної виразки частіше лише тоді, коли вона ускладнилась розвитком шлунково-кишкової кровотечі.

Література:

1. Дуоденальная язва, осложнённая кровотечением, пенетрацией – хирургическое лечение / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада, В.В. Груша [и др.] // XV съезд хирургов Республики Беларусь. – Брест: Альтернатива, 2014. – С.280-281.
2. Іващук О.І. Алгоритм хірургічної тактики при гострокровоточивій дуоденальній виразці у пацієнтів літнього та старечого віку залежно від наявності гелікобактерної інвазії / І.О. Іващук, І.О. Малишевський // Шпитальна хірургія. – 2011. – №4. – С.60-65.
3. Колосович И.В. Эффективность различных вариантов антихеликобактерной терапии у больных с гастродуоденальными язвами / И.В. Колосович // Хірургія України. – 2006. – №4. – С.64-68.
4. Тактика і перспективи лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечениями / В.А. Шуляренко, Я.П. Фелештинський, В.І. Мамчич [та інш.] // Хірургія України. – 2012. – №2. – С.30-34.
5. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline / I.M. Gralnek, J.M. Dumonceau, E.J. Kuipers [et al.] // Endoscopy. – 2015. – №10 (47). – a1-a46.
6. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery / S.J. Rosenstock, M.H. Møller, H. Larsson [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – №9 (108). – P. 1449-1457.
7. Szura M. Upper non-variceal gastrointestinal bleeding – review the effectiveness of endoscopic hemostasis methods / M. Szura, A. Pasternak // World J. Gastrointest. Endosc. – 2015. – №7(13). – P.1088-1095.

УДК 616.342-002.44-06-005.1-055.1/2-018

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ГЕНДЕРНАЯ ДИНАМИКА ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, УСЛОЖНИВШИХСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Е.М. Шепетько, В.В. Ефремов

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме: Установлено, что особенностями клинических признаков и протекания острых язвенных дуоденальных кровотечений по сравнению с прошлым периодом (1994, 1996 гг.) являются увеличение частоты лиц пожилого и старческого возраста (>70 лет) в 1,7 раза, частоты локализации язвы на верхней стенке – в 1,84 раза, на нижней стенке – в 3,9 раза, на задне-верхней стенке – в 1,36 раза и на задне-нижней стенке луковицы 12-перстной кишки, что может быть обусловлено особенностями ангиоархитектоники луковицы и более поверхностным размещением сосудов крупного калибра в подслизистом слое в зонах язвы; снижение показателя частоты гигантских язв (>2 см) в 1,51 раза, но с его недостоверным ростом среди оперированных пациентов в 1,37 раза ($p=0,4316$) (чаще оперировали пациентов с язвами внушительных размеров). Сочетание осложнений дуоденальных язв характеризовалось достоверным снижением показателей: *K* (кровотечение) + *Пен* (пенетрация) – в 14,29 раза, *K* + *C* (стеноз) – в 23,03 раза, *K* + *C* + *Пен* – в 29,67 раза, и этот факт может быть объяснен широким применением современных мощных ингибиторов протонной помпы и эрадикационной терапии на догоспитальном этапе к развитию острых язвенных дуоденальных кровотечений. Частота поступления пациентов с повторным язвенным кровотечением достоверно уменьшилась в 1,64 раза (с 11,3 до 6,87%). Относительное количество больных с язвенным анамнезом достоверно уменьшилась в 1,45 раза, что можно объяснить проявлением в настоящее время дуоденальных язв чаще только в том случае, когда она усложнилась развитием желудочно-кишечных кровотечений.

Ключевые слова: острое язвенное дуоденальное кровотечение, сочетание осложнений язвы, язвенный анамнез.

UDC 616.342-002.44-06-005.1-055.1/2-018

MORPHOLOGICAL CHANGES, COMBINED COMPLICATIONS AND GENDER DYNAMICS OF DUODENAL ULCERS COMPLICATED WITH BLEEDING

E.M. Shepetko, V.V. Yefremov

National medical university named after O.O. Bogomolets, Kyiv, Ukraine.

Summary: Studying clinical manifestations of acute duodenal ulcerative bleeding (ADUB) in comparison with the previous period (1994, 1996) revealed increased number of elderly patients – in 1,7 times, increased rate of ulcer localization on a lateral wall – in 1,84 times, on a medial wall – in 3,9 times, on posterior-lateral wall – in

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2015, №3-4

1,36 times, on posterior-medial wall of duodenal bulb; decreased rates of giant ulcers (>2 sm) – in 1,51 times, but with considerable increase among the operated patients – in 1,37 times ($p=0,4316$) (patients with ulcers of considerable sizes were operated more frequently). Combined complications of DU were characterized by considerable diminishing of indicators: *B* (bleeding) + *Pen* (penetration) – in 14,29 times, *B* + *S* (stenosis) – in 23,03 times, *B* + *S* + *Pen* – in 29,67 times. Admission rate of patients with repeated ulcerous bleeding diminished in 1,64 times (from 11,3% to 6,87%). The number of patients with ulcerous anamnesis diminished in 1,45 times. It can be accounted for the fact that duodenal ulcers are commonly identified when they are complicated with gastrointestinal bleeding.

Keywords: duodenal ulcer bleeding, combination of ulcer complications, duodenal ulcerous history.

Надійшла до редакції 22.10.2015 р.