

УДК 616.34-005.1

ПЕТРУШЕНКО В.В., ГРЕБЕНЮК Д.І

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

## ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ТА КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗАЛЕЖНОСТІ В КОНТИНГЕНТУ ХВОРИХ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

**Резюме. Вступ.** Незважаючи на перегляд в останні десятиріччя патогенетичних механізмів виникнення гастродуоденальних виразок, оптимізацію підходів щодо консервативного їх лікування, розвиток сучасної фармакологічної індустрії, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної гастроентерології, а поширеність даної патології з кожним роком збільшується.

**Мета роботи.** Метою даної роботи був аналіз контингенту хворих із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу на предмет виявлення гендерно-вікових та клініко-морфологічних залежностей.

**Матеріали та методи.** Дослідження включало 204 пацієнти з гастродуоденальними кровотечами виразкової етіології, серед яких було 136 (66,7 %) чоловіків та 68 (33,3 %) жінок, середній вік становив  $56,6 \pm 17,0$  року.

**Результати та обговорення.** Середній вік чоловіків був нижчий, ніж у жінок, більшість виразкових дефектів була локалізована в дванадцятипалій кишці, а частота виникнення виразки була вищою у чоловіків, ніж у жінок.

Частота випадків ішемічної хвороби серця (як найчастішої супутньої патології) була вища в досліджуваному контингенті, ніж у популяції.

Було виявлено вірогідну залежність ступеня тяжкості кровотечі за Forrest від часу проведення ініціальної езофагогастродуоденоскопії, що пов'язується нами з часом початку лікувальних заходів. Для оцінки факторів ризику кровотечі були відібрані такі: стать, локалізація та розміри виразкового дефекту, активність кровотечі за Forrest, з яких вірогідним було підтвердження лише значення статі та локалізації виразки.

**Висновки.** Ішемічна хвороба серця, лікована препаратами ацетилсаліцилової кислоти є фактором ризику розвитку гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу.

Із збільшенням терміну від моменту госпіталізації до проведення ініціального ендоскопічного дослідження вірогідно зменшується кількість діагностованих кровотеч Forrest I і збільшується Forrest II. Тяжкість крововтрати вірогідно підвищувала частоту смертності в обстеженого контингенту хворих. Крововтрата тяжкого та вкрай тяжкого ступеня вірогідно частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків, а також при локалізації виразкового дефекту в дванадцятипалій кишці, ніж у шлунку.

**Ключові слова:** виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча.

### Вступ

Незважаючи на перегляд в останні десятиріччя патогенетичних механізмів виникнення гастродуоденальних виразок, оптимізацію підходів щодо консервативного їх лікування, розвиток сучасної фармакологічної індустрії, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної гастроентерології, а поширеність даної патології з кожним роком збільшується. Так, якщо в 1997 році вона становила

2239,7 на 100 тисяч населення по Україні, то у 2006 році вона зросла до 2805,8 [2].

Особливу увагу слід звернути на ускладнення виразкової хвороби, а саме на кровотечу, причиною якої є ерозія судини (вени або артерії) у виразковому кратері агресивним шлунковим або

© Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

дуоденальним вмістом. У структурі кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту кровотечі виразкового генезу становлять 46–61 %. Крім того, виразкові кровотечі становлять 18–23 % серед усієї ургентної патології органів черевної порожнини [1].

Лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч було і залишається однією з актуальних, складних і до кінця не вирішених проблем медицини. Зупинити кровотечу консервативними заходами вдається не завжди (частота рецидивів виразкової кровотечі становить 12–40 %), а тому хірурги вдаються до відкритих оперативних втручань, що в більшості випадків забезпечують надійний гемостаз. Оперативна активність при кровотечі з виразки в розвинутих країнах становить 1,5–4 % і має тенденцію до зниження. При цьому загальна летальність у даній групі хворих не перевищує 0,5–2 %. У першу чергу це є результатом широкого впровадження в практику нових ендоскопічних технологій гемостазу [3].

Натомість у країнах пострадянського простору статистика наводить значно вищі показники оперативної активності, що сягають 45–60 %. Проте незважаючи на багаторічний розвиток, удосконалення й оптимізацію тактики оперативних втручань, досягти суттєвого зниження летальності не вдається, і даний показник становить 8–20 % [1].

Поява нових ендоскопічних технологій і високоефективних противиразкових препаратів диктує необхідність оцінки їх можливостей при лікуванні кровотеч із виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. Це особливо актуально у зв'язку з ростом кількості хворих похилого віку, які тяжко переносять травматичні оперативні втручання.

**Метою** даної роботи був аналіз контингенту хворих із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу на предмет виявлення гендерно-вікових та клініко-морфологічних залежностей.

## Матеріал та методи

В основу роботи покладено проспективне дослідження, яке включало 204 пацієнти, які страждали від гастродуоденальних кровотеч виразкової етіології. Вказаний контингент пацієнтів проходив лікування у клініці кафедри хірургії № 1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі хірургічного відділення, центру кровотеч та реанімаційного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в період з 1 січня 2011 року до 30 червня 2012 року.

Серед обстежених пацієнтів осіб чоловічої статі було 136 (66,7 %), жіночої — 68 (33,3 %). Середній вік обстежуваного контингенту становив  $56,6 \pm 17,0$  року. Середній вік для чоловіків —  $53,9 \pm 17,6$  року, для жінок —  $61,9 \pm 14,1$ .

Більшість виразкових дефектів була локалізована в дванадцятипалій кишці — 127 (62,3 %). Ло-

калізація у шлунку була суттєво рідшою — 68 осіб (33,3 %). Гастроєюнальна виразка мала місце у 9 (4,4%) пацієнтів. Незалежно від локалізації виразкового дефекту частота виникнення виразки була вищою у чоловіків, ніж у жінок, або мала таку тенденцію.

Абсолютна більшість пацієнтів ( $n = 197$ ; 96,6 %) мала клінічно значиму супутню патологію. Найбільш поширеними нозологіями серед супутніх станів: були ішемічна хвороба серця (ІХС) ( $n = 94$ ; 46,1 %), метаболічна кардіоміопатія ( $n = 39$ ; 19,1 %), гіпертонічна хвороба ( $n = 32$ ; 15,7 %), порушення ритму серця ( $n = 11$ ; 5,4 %). Серед супутньої патології зустрічалися також цукровий діабет II типу, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), цироз печінки, хронічний панкреатит, захворювання нирок. У 7 (3,4 %) пацієнтів не було даних щодо наявності клінічно значимої супутньої патології.

Зі слів хворих 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 %) осіб хворіли на виразкову хворобу від 5 до 10 років. Виразковий анамнез понад 10 років мали 39 (19,2 %).

Переважає більшість хворих із раніше діагностованою виразковою хворобою проходила хоча б 1 курс стаціонарного або амбулаторного лікування згідно з Маастрихтським консенсусом I, II, III або IV перегляду.

Більшість пацієнтів були госпіталізовані через 2–3 доби від дебюту кровотечі.

Всім пацієнтам, які надходили до стаціонару, виконувалося повне клінічне та лабораторне дослідження.

Для підтвердження діагнозу всім пацієнтам виконувалася езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС). Ендоскопічне дослідження проводилося з використанням ендоскопів фірм Olympus та Fujinon. Виняток становили окремі пацієнти ( $n = 7$ ; 3,4%), яким ініціальна ЕГДС не була показана у зв'язку з украй тяжким загальним станом. Після ініціальної ЕГДС пацієнтам виконувалася щонайменше одна ЕГДС протягом наступних 3 діб із метою контролю гемостазу та ефективності лікування. Крім того, 31 (15,2 %) пацієнту було виконано більше ніж одну контрольну ЕГДС. У разі потреби під час ініціальної або контрольної ЕГДС виконували ендоскопічний гемостаз.

Майже чверті пацієнтів ( $n = 46$ ; 22,6%) ЕГДС була виконана протягом першої години від моменту надходження в стаціонар. Цим пацієнтам дослідження проводилося або безпосередньо у приймальню відділенні, або в відділенні, у яке пацієнта було госпіталізовано. Решта пацієнтів отримували ендоскопічний висновок дещо пізніше, проте обов'язково в першу добу перебування в стаціонарі. Так, через 1–3 години ЕГДС було виконано 59 (28,9 %) паці-

ентам, через 3–5 годин — 52 (25,5 %). У 40 (19,6 %) пацієнтів ініціальне ендоскопічне дослідження було проведено в строки понад 5 годин від моменту надходження в стаціонар.

Переважає більшість пацієнтів протягом перших 3 діб проводилося повторне ендоскопічне дослідження з метою контролю гемостазу та ефективності лікування.

Так, більшості пацієнтів ( $n = 76$ ; 37,3 %) контрольне ендоскопічне дослідження виконувалося через 2 доби після первинної ЕГДС. Через 1 та 3 доби виконувалося приблизно однакова кількість контрольних ЕГДС — 56 (27,4 %) та 58 (28,4 %) відповідно.

Більшості пацієнтів ( $n = 159$ ; 77,9 %) проводилося 1 контрольне ендоскопічне дослідження. Проте незначній кількості пацієнтів з різних причин і при індивідуальному підході до кожного клінічного випадку було виконано 2 ( $n = 14$ ; 6,9 %) або 3 ( $n = 17$ ; 8,3 %) контрольних ЕГДС.

## Результати та обговорення

При більшій кількості клінічних випадків ( $n = 136$ ; 66,7 %) середній вік чоловіків, хоча й невірогідно, проте був нижчий, ніж жінок ( $n = 68$ ; 33,3 %), незалежно від локалізації виразкового дефекту.

Проведений гендерно-віковий розподіл за віковими групами, запропонований ВООЗ для визначення піку захворюваності, дозволив виявити, що незалежно від статі та локалізації виразкового дефекту пік захворюваності в обстежуваного контингенту припадав на вікову групу 51–70 років.

У разі виразки шлунка кількість пацієнтів мала тенденцію до зростання з віком, досягаючи піку у віковій групі 51–70 років незалежно від статі та локалізації процесу. У разі виразки дванадцятипалої кишки така тенденція відмічалася лише у жінок, а серед чоловіків розподіл за віковими групами був відносно рівномірний. Кількість пацієнтів з гастроєюнальною виразкою була недостатньою для виявлення будь-яких тенденцій.

Більшість виразкових дефектів була локалізована в дванадцятипалій кишці — 127 (62,3 %). Локалізація в шлунку була суттєво рідшою — 68 (33,3 %). Гастроєюнальна виразка мала місце у 9 (4,4 %) пацієнтів.

Незалежно від локалізації виразкового дефекту в більшості вікових груп частота виникнення виразки була вищою у чоловіків, ніж у жінок, або мала таку тенденцію. Крім того, при будь-якій локалізації виразкового процесу частота виникнення виразки у чоловіків (без прив'язки до вікових груп) була в середньому у 2 рази вищою, ніж у жінок.

За строками госпіталізації пацієнти розподілилися таким чином. За будь-якої локалізації виразкового дефекту більшість пацієнтів були госпіталізовані через 2–3 доби від дебюту кровотечі. Дещо менше пацієнтів було госпіталізовано в строки від 6 до 24 годин та менше 6 годин від дебюту кровотечі зі

збереженням відсутності залежності від локалізації виразкового дефекту.

При аналізі супутньої патології в обстежуваному контингенті особливу увагу звертала на себе ІХС, що мала місце майже в половині обстежуваного контингенту ( $n = 94$  (46,1 %)). Частота її значно перевищує захворюваність на ІХС по Україні. Так, у 2011 році цей показник по Україні становив 9600 випадків на 100 000 населення (Пояснювальна записка до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST»). Причому середній вік пацієнтів у нашому дослідженні вірогідно не відрізнявся від середнього віку пацієнтів з ІХС.

При порівнянні частоти випадків ІХС у популяції та у досліджуваному контингенті хворих було показано більшу на 9,5 % частоту ІХС серед пацієнтів нашого дослідження ( $p < 0,001$ , критерій  $\chi^2$ ).

При подальшому дослідженні виявилось, що 72 (76,6 %) із 94 пацієнтів з ІХС протягом тривалого часу перед кровотечею приймали препарати ацетилсаліцилової кислоти як антиагрегантну терапію, як елемент комплексного лікування ІХС. Як відомо, антиагрегантна терапія протипоказана за наявності в пацієнта виразки у стадії загострення.

Таким чином, ІХС, лікована протягом тривалого часу препаратами ацетилсаліцилової кислоти, є фактором ризику розвитку гастроуденальної кровотечі виразкового генезу.

На нашу думку, при призначенні комплексної терапії ІХС таким пацієнтам слід рекомендувати проходити планові консультації у гастроентеролога не рідше 1 разу на 3 місяці, з виконанням діагностичної езофагогастроуденоскопії не рідше 1 разу на півроку, а при загостренні виразкового процесу слід відмітити антиагрегантну терапію та противиразкове лікування в повному обсязі.

Найчастішими симптомами гострої крововтрати серед обстежуваного контингенту незалежно від джерела кровотечі були загальна слабкість (100 %), запаморочення (100 %), нудота (100 %). Частота скарг на блювання кров'ю ( $n = 45$  (22,1 %)) та «кавовою гущею» ( $n = 56$ ; 27,5 %) мало відрізнялася в усіх групах. Мелена мала місце практично у всіх пацієнтів ( $n = 201$ ; 98,5 %) і була провідним показанням для транспортування хворого до центру кровотеч для уточнення діагнозу й вирішення подальшої лікувальної тактики. Симптом Бергмана, що полягає у зникненні або зменшенні інтенсивності больового синдрому після початку гастроуденальної кровотечі, мав місце у 118 (57,8 %) пацієнтів.

Згідно з чинним стандартом організації та професійно орієнтованими протоколами надання невідкладної допомоги хворим із виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею,

у всіх пацієнтів визначали ступінь тяжкості крововтрати, який є інтегральним показником, що визначається за показниками об'єму крововтрати, систолічного тиску, частоти серцевих скорочень, погодинного діурезу, гематокриту, гемоглобіну, кількості еритроцитів.

Переважає кількість пацієнтів мала легкий ( $n = 79$ ; 38,7 %) та середній ( $n = 65$ ; 31,9 %) ступінь тяжкості крововтрати. Крім того, така ж тенденція зберігалася при більш детальному аналізі при розподілі контингенту на менші групи за віком та локалізацією виразкового дефекту. Виняток становила лише група жінок із виразкою шлунка, серед яких переважна кількість пацієнок мали тяжкий ступінь крововтрати.

Основні дані щодо локалізації та розмірів виразки та активності виразкової кровотечі, були отримані при ендоскопічному дослідженні.

В переважній більшості випадків (174; 85,3 %) спостерігалися хронічні виразки. Гострі виразки мали місце у 30 (14,7 %) пацієнтів. При цьому гострі виразки частіше були в шлунку, ніж у ДПК (22 і 8 випадків відповідно), а хронічні виразки, навпаки, рідше зустрічалися в шлунку, ніж у ДПК (46 і 119 відповідно). Всі виразки анастомозів ( $n = 9$ ; 4,4 %) мали ознаки, притаманні хронічному процесу.

Крім того, ендоскопічне дослідження дозволило визначити точну локалізацію виразки в різних анатомічних ділянках шлунка та дванадцятипалої кишки.

Так, виразка шлунка найчастіше локалізувалася в ділянці малої кривизни тіла ( $n = 10$ ; 15 %), кута ( $n = 14$ ; 21 %) та антрального відділу ( $n = 13$ ; 19 %). Не було пацієнтів з такими локалізаціями виразкових дефектів, як велика кривизна антрального відділу та нижня стінка пілоричного каналу.

Виразки дванадцятипалої кишки найчастіше локалізувалися в ділянці передньої стінки її цибулини ( $n = 50$ ; 39,1 %). Виразкові дефекти, локалізовані в найтяжчій для ендоскопічних маніпуляцій ділянці дванадцятипалої кишки — задній стінці цибулини — мали місце в 36 (28,1 %) випадках. Постбульбарні виразки мали місце лише у 2 (1,6 %) випадках.

Множинні виразки (2 та більше) шлунка спостерігалися у 5 (2,5 %) хворих. При статистичній обробці результатів брали до уваги лише виразки з ознаками кровотечі.

Поєднані виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (другий тип виразки за Johnson) мали місце у 2 (1 %) пацієнтів.

Переважає більшість ( $n = 129$  (63,2 %) виразкових дефектів мали середні розміри (0,6–2 см). Кількість виразок інших локалізацій була значно меншою. Гігантські виразки дванадцятипалої кишки, як правило, поширювалися на 2–3 стінки або мали циркулярний характер.

Провідним показником, який визначає тактику надання допомоги пацієнтам, є ступінь активності кровотечі за Forrest.

У 54 (26,5 %) пацієнтів мала місце активна кровотеча Forrest I. Нестабільний гемостаз Forrest II спостерігався у 118 (57,8 %) випадках. Стабільного гемостазу було досягнуто у 25 (12,3 %) пацієнтів. Щодо 7 (3,4 %) пацієнтів дані про ступінь активності кровотечі за Forrest відсутні в зв'язку з тим, що ЕГДС під час життя не виконувалася.

Серед усіх пацієнтів з активною кровотечею найбільш загрозливий для життя ступінь активності Forrest Ia був лише у 5 (2,4 %) осіб. Ступені активності Forrest Ib та Ic розподілилися майже порівну — 25 (12,3 %) та 24 (11,7 %) пацієнти відповідно. Майже 2/3 пацієнтів із кровотечею, що відбулася (Forrest II), мали ступінь активності Forrest IIb, тобто при ендоскопічному дослідженні був наявний згорткок крові, що щільно прилягав до виразкової поверхні. Крім того, слід відмітити, що такий розподіл не залежав від статі пацієнтів та локалізації виразкового дефекту.

Час виконання ініціальної ЕГДС є одним із факторів, що впливають на ендоскопічну картину у пацієнтів з виразковою кровотечею.

При надходженні профільного пацієнта в клініку йому призначався основний діагностичний захід у вигляді езофагогастроуденоскопії, а також невідкладна медикаментозна терапія, що включала в себе гемостатичні та антисекреторні засоби у вигляді внутрішньовенних крапельних інфузій.

Кожен із цих заходів розпочинають виконувати так швидко, як це тільки можливо. При цьому пріоритет у порядку виконання не надається жодному заходу, крім окремих випадків, коли ініціальну ЕГДС не можливо провести у зв'язку з тяжким загальним станом пацієнта. Тому у ряді випадків початок медикаментозного лікування передую виконанню ЕГДС, що є клінічно виправданим.

Таким чином, ініціальна ЕГДС може бути виконана у різні строки після надходження пацієнта у стаціонар у межах 1 доби.

Лікарські засоби, призначені контингенту пацієнтів, включеному у дослідження розпочинають свою дію через 1–3 години після введення і при регулярному введенні забезпечують стабільний ефект починаючи від 3–5 годин.

При аналізі залежності ступеня активності кровотечі (за детальною класифікацією Forrest) від часу виконання ініціальної ЕГДС було виявлено, що всі випадки найбільш загрозливого ступеня активності кровотечі Forrest Ia діагностувалися протягом перших 3 годин, а Forrest Ib — протягом перших 5 годин від моменту госпіталізації. Решта ступенів активності кровотечі діагностувалися при виконанні ініціальної ендоскопії у всіх часових проміжках. Найбільша кількість пацієнтів у всіх часових проміжках мала місце при ступені активності кровотечі Forrest IIb.

Для зручності аналізу залежності ступеня кровотечі від часу проведення ініціальної ЕГДС пацієнти були розподілені на такі групи. У групу 1 потрапили



пацієнти, яким ініціальна ЕГДС була виконана протягом 1 години від моменту надходження до стаціонару, у групу 2 — пацієнти, яким дана маніпуляція була виконана протягом 1–3 години перебування в стаціонарі, у групу 3 — пацієнти, яким дана маніпуляція була виконана протягом 3–5 години перебування в стаціонарі, у групу 4 — пацієнти, яким первинна ЕГДС була виконана пізніше 5 годин.

Кількість активних кровотеч (Forrest I) була тим меншою, чим пізніше від моменту госпіталізації виконувалася ініціальна ЕГДС.

Кількість активних кровотеч вірогідно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ) в 1-й та 2-й групах.

При виконанні ініціального ендоскопічного дослідження через 3–5 годин після госпіталізації (група 3) кількість активних кровотеч прогресивно зменшувалася порівняно з аналогічним показником у 1-й та 2-й групах ( $p < 0,001$ , критерій  $\chi^2$  із поправкою Йетса на безперервність). При цьому ймовірність виявлення активної кровотечі в групі 3 була на 17,5 % меншою, ніж в групі 1, та на 18 % меншою, ніж у групі 2.

У разі більш пізнього виконання ініціальної ЕГДС (група 4) тенденція щодо значно рідшого виявлення активної кровотечі зберігалася, проте втрачала вірогідність при порівнянні з групою 3. Ймовірність виявлення активної кровотечі в групі 4 була вірогідно нижчою порівняно з групою 1 на 23,3 % та з групою 2 — на 23,2 % ( $p < 0,001$ , точний двосторонній критерій Фішера).

При оцінці частоти виявлення нестабільного гемостазу (Forrest II) спостерігалася зворотна тенденція, тобто кількість випадків нестабільного гемостазу була тим більшою, чим пізніше від моменту госпіталізації виконувалася ініціальна ЕГДС.

Кількість нестабільних гемостазів вірогідно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ) у 1-й та 2-й групах.

При виконанні ініціального ендоскопічного дослідження через 3–5 годин після госпіталізації (група 3) кількість нестабільних гемостазів прогресивно збільшувалася порівняно з аналогічним показником у 1-й ( $p < 0,001$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність) та 2-й ( $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність) групах. При цьому ймовірність виявлення нестабільного гемостазу в групі 3 була на 21,4 % меншою, ніж у групі 1, та на 9 % меншою, ніж у групі 2.

У разі більш пізнього виконання ініціальної ЕГДС (група 4) тенденція щодо значно частішого виявлення нестабільного гемостазу зберігалася, проте втрачала вірогідність при порівнянні з групою 3. Ймовірність виявлення нестабільного гемостазу в групі 4 була вірогідно вищою порівняно з групою 1 на 20,9 % та з групою 2 — на 7 % ( $p < 0,001$ , точний двосторонній критерій Фішера).

Час виконання ініціальної ЕГДС не впливав на частоту виявлення стабільного гемостазу (Forrest III). Так, кількість пацієнтів зі стабільним гемостазом вірогідно не відрізнялася в усіх 4 групах ( $p > 0,05$ ).

Описані раніше залежності щодо активної кровотечі та нестабільного гемостазу принаймні частково були пов'язані з початком дії гемостатичної та антисекреторної терапії. Тому, чим пізніше була виконана ініціальна ЕГДС, тим нижчою була ймовірність виявити активну кровотечу (Forrest I) та тим вищою була ймовірність виявити нестабільний гемостаз (Forrest II).

Через відносно незначну тривалість, лікування гемостатичними та антисекреторними засобами було нездатним забезпечити випадіння фібрину та формування стабільного гемостазу (Forrest III). Цей факт певною мірою пояснює відсутність статистично вірогідної відмінності щодо виявлення стабільного гемостазу у всіх 4 групах.

Отже, із збільшенням терміну від моменту госпіталізації до проведення ініціального ендоскопічного дослідження вірогідно зменшується кількість діагностованих активних кровотеч (Forrest I) і збільшується кількість діагностованих випадків нестабільного гемостазу (Forrest II), що може бути пов'язано із початком дії гемостатичної та антисекреторної терапії ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність, точний двосторонній критерій Фішера).

Переважає більшість пацієнтів протягом перших 3 діб проводилося повторне ендоскопічне дослідження з метою контролю гемостазу та ефективності лікування.

Так, більшості пацієнтів ( $n = 76$ ; 37,3 %) незалежно від локалізації виразкового процесу контрольне ендоскопічне дослідження виконувалося через 2 доби після первинної ЕГДС. Через 1 та 3 доби виконувалося приблизно однакова кількість контрольних ЕГДС — 56 (27,4 %) та 58 (28,4 %) відповідно.

Крім того, контрольне ендоскопічне дослідження не проводилося 14 (6,9 %) пацієнтам у зв'язку зі смертю пацієнта або ранньою випискою зі стаціонару за наполяганням пацієнта або його родичів.

Більшості пацієнтів ( $n = 159$ ; 77,9 %) незалежно від локалізації виразкового процесу проводилося 1 контрольне ендоскопічне дослідження. Проте незначній кількості пацієнтів із різних причин і при індивідуальному підході до кожного клінічного випадку було виконано 2 ( $n = 14$ ; 6,9 %) або 3 ( $n = 17$ ; 8,3 %) контрольних ЕГДС.

Для вирішення питання про вплив тяжкості крововтрати на результат лікування виразкової кровотечі у зв'язку зі схожістю лікувальної тактики було вирішено об'єднати в групу 1 легкий та середній ступені крововтрати, а в групу 2 — тяжкий та вкрай тяжкий ступені крововтрати.

У групі 1 смерть мала місце у 10 (6,9 %) випадках, а в групі 2 — у 13 (21,7 %) випадках.

При порівнянні частоти летальних випадків у обох групах, виявилось, що їх частота у групі 1 вірогідно менша за аналогічний показник у групі 2 ( $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність).

Тобто тяжкість крововтрати вірогідно підвищувала частоту смертності в обстеженому контингенті хворих ( $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність).

Після отримання такого результату виникло питання про виявлення факторів, що підвищують частоту крововтрати важкого та вкрай важкого ступеня.

До відібраних нами факторів належали: стать, локалізація та розміри виразкового дефекту, активність кровотечі за Forrest.

У зв'язку з невеликою кількістю пацієнтів із даної частини аналізу було вирішено виключити пацієнтів із виразкою анастомозу.

Щодо розмірів виразкового дефекту, то у зв'язку з невеликою чисельністю вибірок було вирішено об'єднати в групу 1 виразки невеликих та середніх розмірів, а в групу 2 — виразки великих розмірів та гігантські виразки.

Крім того, було вирішено оцінити значимість лише великих класів активності кровотечі за Forrest.

При статистичному аналізі даних було виявлено вірогідну залежність тяжкості крововтрати в нашому дослідженні лише від статі та локалізації виразкового дефекту.

Так, крововтрата важкого та вкрай важкого ступеня вірогідно частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків ( $p < 0,05$ , критерій  $\chi^2$ ), а також при локалізації виразкового дефекту в ДПК, ніж у шлунку ( $p < 0,05$ , критерій  $\chi^2$ ).

При аналізі решти обраних нами факторів вірогідного підтвердження їх впливу на тяжкість крововтрати виявлено не було ( $p > 0,05$ , критерій  $\chi^2$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність).

## Висновки

Таким чином, після аналізу отриманих нами даних можна зробити такі висновки.

ІХС, лікована протягом тривалого часу препаратами ацетилсаліцилової кислоти, вірогідно частіше зустрічається серед контингенту хворих із ГДК виразкового генезу, ніж у популяції ( $p < 0,001$ , критерій  $\chi^2$ ), і є фактором ризику розвитку гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу.

Із збільшенням терміну від моменту госпіталізації до проведення ініціального ендоскопічного дослідження вірогідно зменшується кількість діагностованих активних кровотеч (Forrest I) і збільшується кількість діагностованих випадків нестабільного гемостазу (Forrest II), що може бути пов'язано із початком дії гемостатичної та антисекреторної терапії ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність, точний двосторонній критерій Фішера).

Тяжкість крововтрати вірогідно підвищувала частоту смертності в обстеженому контингенту хворих ( $p < 0,01$ , критерій  $\chi^2$  з поправкою Йетса на безперервність).

Крововтрата важкого та вкрай важкого ступеня вірогідно частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків ( $p < 0,05$ , критерій  $\chi^2$ ), а також при локалізації виразкового дефекту в ДПК, ніж у шлунку ( $p < 0,05$ , критерій  $\chi^2$ ).

## Список літератури

1. Багненко С.Ф. *Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных кровотечениях в клинической практике* / С.Ф. Багненко, Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. — 2006. — № 1. — С. 57.
2. Філіппов Ю.О. *Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: Аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України* / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петречук // *Гастроентерологія*. — 2007. — № 38. — С. 3-15.
3. *High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding: A series of meta-analyses* / M. Bardou, Y. Toubouti, D. Benhaberou-Brun [et al.] // *Gastroenterology*. — 2003. — № 123. — С. 625-633.

Отримано 19.04.14 ■

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И.

Винницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова, г. Винниця, Україна

## ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

**Введение.** Несмотря на пересмотр в последние десятилетия патогенетических механизмов развития гастродуоденальных язв, оптимизацию подходов к консервативному их лечению, развитие современной фармакологической индустрии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии, а распространенность данной патологии с каждым годом увеличивается.

**Цель работы.** Целью данной работы был анализ контингента больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза на предмет выявления гендерно-возрастных и клинико-морфологических зависимостей.

**Материалы и методы.** Исследование включало 204 пациента с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, среди которых было 136 (66,7 %) мужчин и 68 (33,3 %) женщин, средний возраст составлял  $56,6 \pm 1,7$  года.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст мужчин был меньше, чем у женщин, большинство язвенных дефектов было локализовано в двенадцатиперстной кишке, а частота возникновения язвы была выше у мужчин, чем у женщин.

Частота случаев ишемической болезни сердца (как самой частой сопутствующей патологии) была выше в исследуемом контингенте, чем в популяции.

Была обнаружена достоверная зависимость степени тяжести кровотечения по Forrest от времени проведения инициальной эзофагогастродуоденоскопии, что связывается нами со временем начала лечебных мероприятий.

Для оценки факторов риска кровотечения были отобраны следующие: пол, локализация и размеры язвенного дефекта, активность кровотечения по Forrest, из которых достоверным было подтверждение только значения пола и локализации язвы.

**Выводы.** Ишемическая болезнь сердца, леченная препаратами ацетилсалициловой кислоты, является фактором риска развития гастродуоденального кровотечения язвенного генеза.

С увеличением срока с момента госпитализации до проведения инициального эндоскопического исследования достоверно уменьшается количество диагностированных кровотечений Forrest I и увеличивается Forrest II.

Тяжесть кровопотери достоверно повышала частоту смертности в обследованном контингенте больных.

Кровопотеря тяжелой и крайне тяжелой степени достоверно чаще встречается у женщин, чем у мужчин, а также при локализации язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке, чем в желудке.

**Ключевые слова:** язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение.

*Petrushenko V.V., Grebenyuk D.I.*

*Vinnitsya National Medical University named after M.I. Pyrogov, Vinnitsya, Ukraine*

### GENDER-AGE AND CLINICOMORPHOLOGICAL DEPENDENCIES IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL BLEEDING OF ULCERATIVE ORIGIN

**Summary. Background.** Despite of the revision of the pathogenetic mechanisms of appearance of gastroduodenal ulcers during the last decades, optimization of the approaches to the conservative treatment of them, development of the modern pharmacy industry, peptic ulcer of stomach and duodenum continues to be an actual problem of the modern gastroenterology.

**Aim.** The aim of this work was to analyze group of patients with gastroduodenal bleeding of ulcerative origin in order to reveal dependencies of this condition on gender, age, clinicalomorphological features.

**Materials and Methods.** The 204 patients with gastroduodenal bleeding of ulcerative origin were enrolled into study. There were 136 (66.7 %) men and 68 (33.3 %) women among them. The average age of the group was  $56.6 \pm 17.0$  years.

**Results and Discussion.** Average age among the men was lower than among the women. The most of the ulcer defects were located in duodenum. The incidence of the ulcer was higher among the men than the same value was among the women.

The incidence of coronary artery disease was higher among the group of patients enrolled into study than in general population.

There is the reliable dependence between the severity of bleeding (according to the Forrest) and the time of performing of initial upper

gastrointestinal endoscopy. We believe that this dependence is connected with the time of the treatment beginning.

The couple of factors were chosen for estimation of the risk factors of bleeding. They are gender, localization and size of ulcerative defect, activity of the bleeding according to Forrest. The gender and localization of the ulcer were proven as risk factors only.

**Conclusions.** Coronary artery disease which is treated by acetylsalicylic acid is a risk factor of gastroduodenal bleeding of ulcerative origin.

The quantity of the bleedings Forrest II becomes larger and the quantity of the bleedings Forrest I becomes smaller as duration from admission to hospital to performing of the initial endoscopic examination becomes longer.

The severity of the blood loss led to increasing of the mortality among the enrolled patients.

The severe and very severe blood loss are occurred reliably more often among women than among men. The incidence of severe and very severe blood loss was also higher in case of duodenal ulcer than in case of gastric ulcer.

**Key words:** gastric ulcer, duodenal ulcer, gastroduodenal bleeding.