

Ф.Г. Кулачек, О.І. Іващук

## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОЧИВИХ ПЕНЕТРУЮЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф.Г.Кулачек)  
Буковинської державної медичної академії.

**Резюме.** Проведені морфологічні дослідження кровоточивих пенетруючих виразок задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) виявили певні особливості макро- та мікроскопічної будови прилягаючих тканин органу, в який пенетрує виразка. Їх необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики та методу оперативного втручання.

**Ключові слова:** дуоденальна виразка, кровотеча.

**Вступ.** Кровотеча з хронічної дуоденальної виразки у хворих похилого та старечого віку (ПСВ) є грізним ускладненням перебігу виразкової хвороби. Особливо це актуально при середньому та важкому ступені крововтрати [2,4].

Досить добре досліджені питання мікроскопічної будови кровоточивої пенетруючої виразки цибулини ДПК у хворих ПСВ, але деякі аспекти проблеми залишаються не висвітленими і дискутабельними [1,3]. Розташування і особливості судин безпосередньо в кратері виразки і прилягаючих тканинах зумовлює різні види кровотеч з таких виразок. Це вимагає індивідуалізації хірургічної тактики. В той-же час неповно висвітлені зміни з боку підшлункової залози, в яку у 95% пенетрує виразка задньої стінки цибулини ДПК [3,5].

**Мета дослідження.** Дослідити особливості кровотеч з пенетруючих дуоденальних виразок у хворих ПСВ.

**Матеріал та методи.** Морфологічний матеріал склали 9 хворих (6 чоловіків і 3 жінки) похилого та старечого віку, що померли від кровотечі з пенетруючих виразок задньої стінки цибулини ДПК. Висікали виразку разом з прилягаючими (в які пенетрує виразка) тканинами. Препарати фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, проводили в спиртах зростаючої концентрації, фарбували гематоксилін-еозином та за Ван-Гізона.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Макроскопічно у 7 із 9 випадків виразка пенетрувала в підшлункову залозу, у 2 препаратах виразка пенетрувала в ретродуоденальну клітковину. Розміри виразки були різні: в 3-х випадках до 1,5 см в діаметрі; в 6-и – від 1,5 до 2,5 см; в 1-у – 2,7 см. Пенетрація в глибину складала: в 4-х випадках до 0,2 см; в 4-х випадках – від 0,3 до 0,5 см; в 1-у випадку – 0,6 см.

Мікроскопічно вивчали зміни в прилягаючій підшлунковій залозі, яка слугувала дном виразкового кратера і джерелом кровотечі. Значні склеротичні зміни відмічались, переважно, на фоні хронічних запальних процесів. Кровоносні судини в прилягаючих ділянках мають різноманітну форму і калібр. Вони фактично “рухаються” за власними сполучнотканинними елементами і заключені в них. Тільки в окремих випадках ми зустрічали різні їх

форми - "чемоданної ручки", еліпсоподібна і т.ін. Нами не відмічено певних прошарків між виразкою і підшлунковою залозою у вигляді сполучнотканинного шару, редукованих оболонок задньої стінки ДПК, ділянок некрозу. Паренхіма підшлункової залози навколо виразкового кратера характеризується вираженими процесами атрофії та дистрофії. У кількох випадках відмічено ділянки вогнищового некрозу, в які були втягнуті кровоносні судини. При гістологічному дослідженні процеси склерозування, атрофії та дистрофії визначались значно ширше і глибше, ніж це можна відмітити візуально.

Таким чином, кровотеча з виразки задньої стінки цибулини ДПК відбувається не тільки із стінок виразкового кратера, а й з паренхіми підшлункової залози. Це вимагає при виконанні гемостазу враховувати кровотечу із судин паренхіми підшлункової залози. Тому часто ендоскопічні методи втручання малоефективні у даної категорії хворих і мають високий відсоток рецидиву.

#### **Висновки.**

1. Пенетрація кровоточивої виразки цибулини ДПК в підшлункову залозу у хворих похилого та старечого віку викликає виражені зміни в останній, що диктує підвищену увагу до даної категорії хворих.

2. Мікроскопічні зміни за пенетрації кровоточивої дуоденальної виразки в підшлункову залозу суттєво переважають візуальні межі патологічного процесу.

*Література.* 1. *Бойко В.В.* Клинико-экспериментальное обоснование хирургического лечения больных пенетрирующими язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением: Дисс. ... д-ра мед. наук. - Харьков, 1992. -463с. 2. *Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др.* Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. - Ровно, 1997. -384с. 3. *Самсонов В.А.* Клиническая патоморфология осложненной язвенной болезни. - Петрозаводск, 1966. - 187с. 4. *Bender J.S., Bouwman D.L., Weaver D.W.* Bleeding gastroduodenal ulcers: improved outcome from a unified surgical approach // *Am. Surg.* - 1994. - V.60, № 5. - P.313-315. 5. *Bohrod M.G.* Pathologic anatomy of massive hemorrhage in peptic ulcer // *Am. J. Gastroenterol.* - 1956. -V.25, № 2. - P.109-115.

### **MORPHOLOGIC APPEARANCE OF BLEEDING AND PENETRATIVE DUODENUM ULCERS IN SENIOR AGE PATIENTS**

*F.G. Kulachek, O.I. Ivashuk*

**Abstract.** Morphologic investigations of hemorrhagic penetrating duodenal ulcers of posterior wall of duodenal cap have been performed. They revealed certain peculiarities of macro- and microscopic structure of adjoining organ's tissues, in which ulcer penetrates. It is necessary to take them into account in selection of medical tactics and method of surgical intervention.

**Keywords:** duodenal ulcer, bleeding.

Bucovinian State Medical Academy (Chernivtsy)