

легеневі ускладнення, а після третього рецидиву – летальність склала 50 %, на фоні поєднання гнійно-септичних та серцево-легеневих ускладнень. Після оперативного втручання на висоті першого рецидиву кровотечі лише у 2 пацієнтів виникли поопераційні пневмонії (25,0 %). У пацієнтів, які оперовані на випередження рецидиву геморагії ускладнень не спостерігали.

**Висновки.** Методом вибору лікування слід вважати консервативну терапію у поєднанні із застосуванням місцевих ендоскопічних лікувально-діагностичних засобів. Однак, останні остаточно не гарантують від виникнення рецидиву кровотечі.

Оперативне втручання має бути спрямоване на видалення ураженої ділянки шлунка.

Зважаючи на отримані дані – найбільш перспективним та безпечним для хворих, з нашої точки зору, є

виконання операцій на попередження спонтанного відновлення кровотечі.

Застосування динамічного ендоскопічного моніторингу дозволяє слідкувати за динамікою перебігу ерозивно-геморагічних уражень, ефективністю консервативної терапії та вчасно виявити ознаки прогресування вказаної патології.

Таким чином, летальність після операцій склала 8,3 %, при консервативній терапії – 1,2 %, а загальна смертність – 2,1 %.

Саме такий підхід має бути провідним у виборі показів до операції, а дослідження, які б дали змогу об'єктивізувати чинники рецидивування кровотеч при геморагічних гастритах є досить перспективними та дадуть змогу покращити результати лікування.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л. І., Григорьев П. Я., Исаков И. А., Яковенко Э. П. Хронический гастрит.- Амстердам, 1993. – 362с.
2. Андрущенко В.П. Шлунково-кишкові кровотечі при гострому та хронічному панкреатиті // Матеріали конференції “Гострі шлунково-кишкові кровотечі невіразкової етіології”, Харків 2002: Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С. 67-68.
3. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. – М.: Медицина, 1980. – 336 с.
4. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – К.: Здоровья, 1991. – 385 с.
5. Бойко В.В., Авдосьев Ю.В., Криворучко И.А. Ангиохирургические технологии в лечении острых кровотечений неязвенного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Матеріали конференції “Гострі шлунково-кишкові кровотечі невіразкової етіології”, Харків 2002: Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С. 51.
6. Диагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч невіразкового генезу / Мамчич В.І., Шуляренко В.Л., Попочовний В.В., Журавський В.К., Шуляренко О.В. // Матеріали конференції “Гострі шлунково-кишкові кровотечі невіразкової етіології”, Харків 2002: Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С. 51-53.
7. Обґрунтування методики застосування силіксу при шлунково-кишкових кровотечах / Мітюк І.І., Камінський О.А., Сандер С.В., Білощичкий В.Ф., Смелянова В.М. // Матеріали конференції “Гострі шлунково-кишкові кровотечі невіразкової етіології”, Харків 2002: Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С. 67-68.
8. Декларацийний патент на винахід 53248 А UA, МКИ А 61В17/22. Спосіб лікування геморагічного гастриту / Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З., Луговий О.Б., Костів С.Я.- № 2002042988; Заявл. 12.04.2002; Опубл. 15.01.2003; Бюл. № 1.
9. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцький Н.Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала.-Ровно. – 1997. – 384 с.
10. Хохоля В.П., Саенко В.Ф., Даценко А.П., Грубник В.В. Клиника и лечение острых язв пищеварительного канала.- Киев: Здоров'я, 1989. – 168 с.

## SUMMARY

### THE VARIANTS OF COURSES OF HEMORRHAGIC GASTRITIS AND THE PACULIARITIES OF THE SYRGIICAL TREATMENT

**Dzyubanovski I.Ya., Pyatnichka O.Z.**

The analysis of outcomes of treatment 189 patients hemorrhagic gastritis is presented. To all patients used an endoscopy, and in 111 of them the research in the speaker of an endoscopy in a combination with a local gastric immunotherapy is spent. Fixed, that the proximal localization of an erosive hemorrhagic defeat is combined with unfavorable current and often relapsing bleedings. The operating activity has made 12,6 % – 24 operations. The greatest lethality and amount of complications after operating treatment is observed after operations fulfilled at height of the second and third relapse of a bleeding.

**Keywords:** hemorrhagic gastritis, Gastroscopy, surgical treatment, tactics, relapse of a bleeding

УДК 616.342-002.44-005.1

### АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ПОНАД 60 РОКІВ, ХВОРИХ НА ДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ, УСКЛАДНЕНУ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

**Івашук О.І., Бодяка В.Ю., Білик І.С., Сидорчук Р.І., Паляниця А.С., Карлійчук А.О., Івашук С.І., Білик І.І.**

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

**Ключові слова:** дуоденальна виразка, кровотеча, геронтологія, лікування

**Вступ.** Ускладнення перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) кровотечею залишається актуальною проблемою останніх десятиріч, незважаючи на значні успіхи в розробці противиразково-

вих препаратів [1, 2]. Загальна та післяопераційна летальність при цій патології не має тенденції до зниження [3-5].

Особливість перебігу захворювання хворих віком понад 60 років полягає у значних відмінностях виникнення та перебігу виразкової хвороби і появи такого небезпечного ускладнення як кровотеча [6, 7]. Розрізняють “застарілий” та “старечий” (виникнення виразки після 60 років) типи виразок. На даний час підходи до лікування даної групи хворих є суперечливими а результати мало оптимістичними.

Мета даного дослідження – розробка алгоритму лікування хворих похилого та старечого віку (ПСВ) з виразкою дванадцятипалої кишки, ускладненою гострою кровотечею.

Матеріали і методи. Нами розроблено алгоритм ведення хворих ПСВ з виразкою ДПК, ускладненою

кровотечею, безпосередньо від моменту надходження пацієнтів до стаціонару (рис. 1). Хворі поділяються на дві групи – з активною кровотечею і без кровотечі. У випадку активної кровотечі виконується ендоскопічний гемостаз. При позитивному результаті хворі проходять суто консервативне лікування, яке включає гемостатичну терапію, використання “second look” ендоскопій, корекцію супутньої патології. Після цього виконується невідкладна операція, враховуючи високий ризик розвитку рецидиву кровотечі після ендоскопічного гемостазу. Ерадикація *H.pylori* та зниження кислотності виконується лише за наявності “застарілого” типу виразки.

При неефективності ендоскопічного гемостазу виникає необхідність у виконанні операції “на висоті кровотечі”.

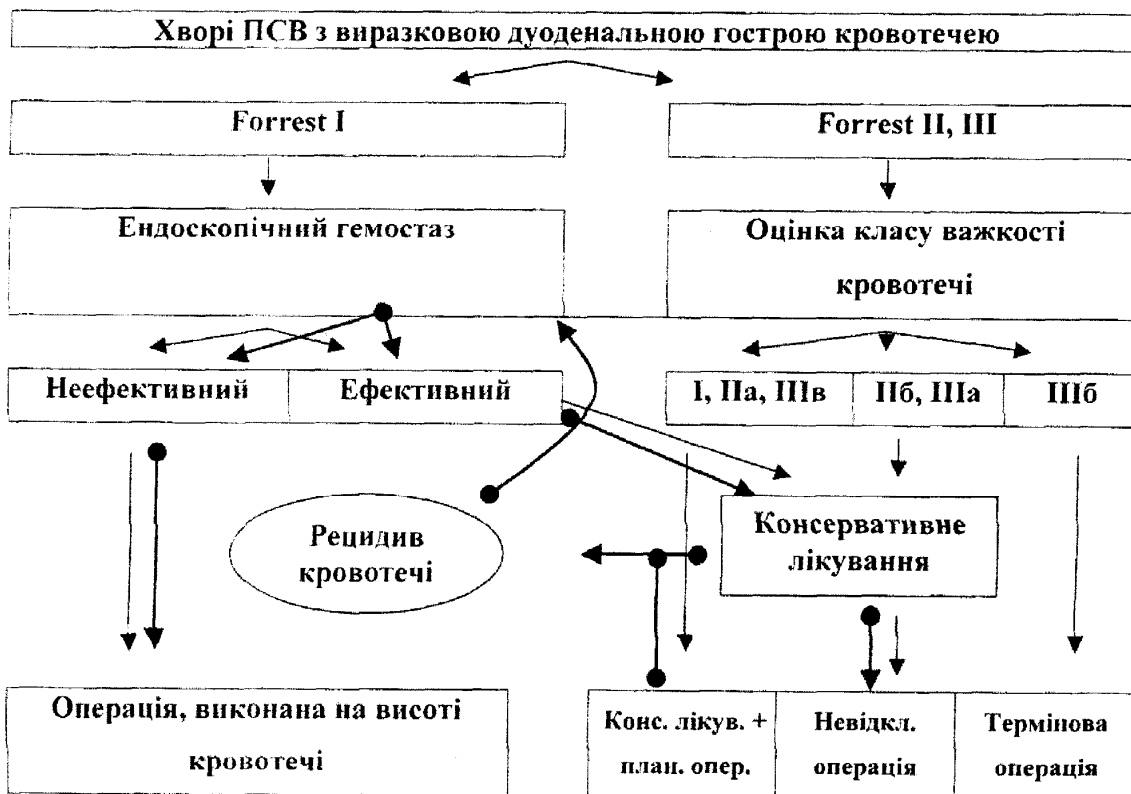


Рис. 1 Алгоритм лікування хворих ПСВ із виразкою ДПК, ускладненою гострою кровотечею  
 Примітка: → – лікування первинної кровотечі;  
 ● → – лікування рецидиву кровотечі.

Для хворих, які надійшли до стаціонару без явищ активної кровотечі, проводиться оцінка важкості кровотечі та рівня супутньої патології із наступним віднесенням їх до того чи іншого класу. Розподіл пацієнтів за класами важкості кровотечі та наступна лікувальна тактика виконується згідно з запропонованою нами класифікацією.

Класи важкості: I – легкий клас: помірний ступінь

кровотечі + помірний ступінь супутньої патології; II – середній клас: а) середній ступінь кровотечі + помірний ступінь супутньої патології; б) помірний і середній ступінь кровотечі + середній ступінь супутньої патології; III – важкий клас: а) помірний і середній ступінь кровотечі + важкий ступінь супутньої патології; б) важкий ступінь кровотечі + помірний ступінь супутньої патології; в) важкий ступінь кровотечі +

середній і важкий ступінь супутньої патології.

Консервативному лікуванню підлягають хворі, у яких помірна гостра кровотеча поєднується з помірною супутньою патологією (I), а також середній ступінь кровотечі з помірною супутньою патологією (IIa). Також до цієї групи віднесені хворі, яким показано тільки консервативне лікування через наявність важкого ступеня кровотечі та середнього і важкого ступеня супутньої патології (IIIв). Цим хворим проводиться весь комплекс гемостатичної, противиразкової терапії з контрольними ендоскопічними дослідженнями. Якщо при I та IIa класах важкості консервативне лікування високоефективне і має меншу кількість ускладнень, то при IIIв класі консервативне лікування "вимушене" і пов'язане з інкурабельним станом хворого. Хворі підлягають оперативному втручанню у терміни після 6-7 діб, коли відновлюються функціональні резерви організму.

У хворих при помірному та середньому ступеню кровотрати, поєднаному з середнім ступенем супутньої патології (IIб), а також при важкому ступені супутньої патології (IIIа) проводиться інтенсивна терапія, направлена на підготовку до оперативного втручання. Інтенсивна терапія включає противиразкову (при "застарілому" типі виразки) гемостатичну терапію, виконання "second look" ендоскопій. Хворим виконується невідкладна операція (24-72 години з моменту надходження), оскільки у даної групи пацієнтів високий ризик рецидиву кровотечі.

Термінові оперативні втручання (6-24 годин з моменту надходження) виконуємо у пацієнтів IIIб класу з нестабільним гемостазом – важкий ступінь кровотрати та помірна супутня патологія. Проводиться короткочасова інтенсивна передопераційна підготовка з метою стабілізації гемодинамічних показників та корекції порушень з боку інших органів і систем. При виникненні рецидиву кровотечі усі пацієнти ПСВ підлягають повторній лікувальній ендоскопії.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Використання запропонованого алгоритму лікування виконано у 207 хворих ПСВ з кровоточивою виразкою ДПК (основна група). Контрольну групу склали 184 пацієнти, яких лікували до впровадження нового

алгоритму лікування.

Аналіз летальності після термінових та невідкладних операцій показав, що летальність знизилась від 15,0% до 7,7%. Відсоток рецидиву кровотечі в основній групі був на 12,8% нижчим, ніж у контрольній ( $p < 0,05$ ). Це пояснюється більш активною хірургічною тактикою "before", що включала ендоскопічне лікуванням з локальним підведенням інгібіторів фібринолізу у хворих з нестійким гемостазом, а також виконання оперативних втручань до виникнення рецидиву кровотечі. Так, в контрольній групі із 150 хворих у 60 були виконані термінові та невідкладні операції, таким чином залишається 90 не оперованих пацієнтів. Рецидив у 41 хворого із 90 визначає відсоток – 45,6%. Тоді ж як в основній групі із 166 пацієнтів було прооперовано 78, так що залишок був 88. Рецидив кровотечі у 24 хворих із 88 виявив відсоток – 27,3%. Це в 1,7 рази менше рецидиву кровотечі ніж в контрольній групі ( $p < 0,05$ ).

Летальність після операцій, виконаних на висоті кровотечі, знизилась від 32,7% (контрольна група) до 19,4% (основна група). Летальність у контрольній групі була обумовлена фатальними ускладненнями, що мають як загальний характер, так і характерні для тієї чи іншої методики операції. Це свідчить про неадекватну хірургічну тактику у даних пацієнтів, що оперуються "на висоті кровотечі". В основній групі при операціях "на висоті кровотечі" летальність була пов'язана із наявною супутньою патологією – з боку серцевої та дихальної систем.

Таким чином, запровадження нового тактичного підходу у лікуванні кровоточивої виразки ДПК у хворих ПСВ зменшило загальну летальність на 9,1%, післяопераційну на 11,5%, в тому числі при операціях, виконаних на висоті кровотечі – на 13,3%.

**Висновок.** Розроблений алгоритм лікування хворих ПСВ з виразкою ДПК, ускладненою гострою кровотечею, передбачає використання активної хірургічної тактики, тобто інтенсивного впровадження усього комплексу ендоскопічної терапії з використанням інгібіторів фібринолізу та виконанням оперативних втручань до розвитку рецидиву кровотечі і проявів ендотоксикозу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Шевнюк М.М. и др. Республиканская научно-практическая конференция по проблеме "Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений" // Кліні. хірургія. – 1996. – №7. – С. 54-55.
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. Фомін П.Д., Переш С.С., Сидоренко В.М. та співавт. Діагностично-лікувальна тактика при гострокровоточивих виразках у осіб похилого та старечого віку // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. -2001. – V.5, №1. – С. 12-13.
4. Arlt G.D., Leyh M. Incidence and pathophysiology of peptic ulcer bleeding // Langenbeck's Arch. Surg. – 2001. – V. 386, N2. – P. 75-81.
5. Lau J.Y., Sung J.J. Lam Y.H. et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers // New Engl. J. Med. – 1999. – V. 340, N10. – P. 751-756.
6. Ohmann C., Imhof M., Roher H.-D. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment // World J. Surg. – 2000. – V.24, N3. – P. 284-293.
7. Rollhauser C., Fleisher D.E. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding // Best Pract. & Research in Clin. Gastroent. – 2000. – V. 14, N3. – P. 391-410.

**SUMMARY**

ALGORITHM OF TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE AGE PATIENTS WITH A DUODENAL ULCER  
COMPLICATED BY BLEEDING

**Ivashuk O.I., Bodyaka V.Yu., Bilyk I.S., Sidorchuk P.I., Palyanica A.S., Karliychuk A.O., Ivashuk S.I., Bilyk I.I.**

In activity the outcomes of an intrusion of new algorithm of treatment of elderly and senile age patients with a duodenal ulcer complicated by bleeding are shown. The over-all mortality has compounded 8,15 %, and postoperative – 18,4 %.

**Key words:** duodenal ulcer, bleeding, gerontology, treatment