



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 6(69) 2014

Національна академія медичних наук України  
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

**Засновник** —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983ПР  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т.Зайцева НАМН України» (Протокол № 11 від 20.10.2014 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
В. В. Теплинська  
Адміністратор  
К. В. Пономарьова  
Перекладач  
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 11.09.2014 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 18,75.  
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 1000 пр.

**Адреса редакції:**  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-99  
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
просп. Леніна, 58, к. 106  
Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2014

## МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

**Головний редактор В. В. Бойко**

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко  
М. М. Велігоцький  
М. К. Голобородько  
Т. Г. Григор'єва  
В. Б. Давиденко  
Б. М. Даценко  
В. Г. Дуденко  
О. О. Зайцев  
Ю. І. Караченцев  
В. В. Леонов  
В. М. Лісовий  
В. К. Логачов  
В. І. Лупальцов  
О. В. Малоштан  
О. О. Павлов  
М. В. Панченко  
Б. І. Пеев  
В. І. Сипітий  
В. О. Сипливий  
В. І. Стариков  
С. В. Сушков  
А.К. Флоріян  
О. М. Тищенко  
Є. Д. Хворостов  
С. І. Шевченко

### РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреещев (Київ)  
М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)  
О. Ф. Возіанов (Київ)  
В. К. Гринь (Донецьк)  
М. Ф. Дрюк (Київ)  
Ю. П. Зозуля (Київ)  
І. В. Іоффе (Луганськ)  
П. Г. Кондратенко (Донецьк)  
М. Г. Кононенко (Суми)  
Г. В. Книшов (Київ)  
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)  
К. П. Павличенко (Донецьк)  
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)  
Л. Г. Розенфельд (Київ)  
В. Ф. Саєнко (Київ)  
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)  
М. І. Тутченко (Київ)  
С. О. Шалімов (Київ)



В. П. Кабиш, Д. С. Дудко,  
А. А. Ружицький, В. І. Петров,  
Ю. С. Бачинський,  
В. Ю. Бодяка, І. О. Козак,  
Ю. П. Петлюк, А. В. Ковтуняк,  
В. В. Стельмашук

*Красилівська центральна  
районна лікарня, Хмельницька  
область*

*Буковинський державний  
медичний університет,  
м. Чернівці*

*Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М. І. Пирогова*

© Колектив авторів

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ КРОВОТЕЧІ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

**Резюме.** У статті представлено клінічні особливості виникнення та перебігу шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу, а також результати їх лікування, які встановлено шляхом аналізу медичних карток стаціонарного хворого за останні шість років. Встановлено, що пацієнти літнього та старечого віку мають найбільш негативні клінічні характеристики перебігу гастродуоденальних кровотеч, порівняно з іншими віковими групами. Виявлені особливості необхідно враховувати при виборі тактики лікування, а також з метою запобігання ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

**Ключові слова:** *гострокровоточива виразка шлунка або дванадцятипалої кишки.*

### Вступ

Незважаючи на значний розвиток сучасної гастроентерології частота ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), у вигляді гострої кровотечі, продовжує невпинно зростати. За даними різних авторів, загальна летальність при гострих шлунково-кишкових кровотечах виразкової етіології становить 10–14 %, а післяопераційна – від 12 до 35 %. У структурі летальних випадків домінують ті, які виникли на фоні раннього рецидиву кровотечі (РРК). Так, частота летальності на висоті кровотечі складає від 21,3 до 31,6 %, при появі РРК – від 22,6 до 38,4 %. Причому рецидив кровотечі виникає у 17,8–24,3 % пацієнтів. Основна частка летальних випадків припадає на пацієнтів із тяжкою крововтратою, яка виникає на тлі поєднаної супровідної патології [2, 3, 4, 5].

Шлунково-кишкова кровотеча – це ускладнення виразкової хвороби яке потребує негайного надання висококваліфікованої медичної допомоги, інколи виконання складного оперативного втручання, проте на сьогоднішній день серед хірургів не існує єдиної думки стосовно вибору раціональної хірургічної тактики. Залишаються недостатньо визначені питання стосовно консервативного лікування, особливо у пацієнтів з нестійким гемостазом, відсутні чіткі критерії вибору методу оперативного втручання як на висоті кровотечі, так і в ранні терміни після її самостійної зупинки.

Дослідження особливостей клінічного перебігу гострокровоточивої виразки шлунка або ДПК дасть змогу більш об'єктивно оцінювати дане захворювання, тим самим поліпшить результати лікування.

### Мета дослідження

Ретроспективно вивчити клінічні особливості перебігу виразкових гастродуоденальних кровотеч, а також результати їх лікування.

### Матеріали та методи досліджень

Для вирішення поставленої мети нами проведено аналіз 159 медичних карток стаціонарного хворого хірургічного відділення Красилівської центральної лікарні Хмельницької області з 2008 по 2013 рік.

Вивчали такі показники, як тривалість захворювання, наявність виразкового анамнезу, локалізацію виразки, її розміри, стан гемостазу, ступінь тяжкості кровотечі, наявність хронічної супровідної патології, особливості тактики лікування, характер післяопераційної, а також загальної летальності, кількість післяопераційних ускладнень, частоту виникнення раннього рецидиву кровотечі, середню тривалість лікування.

Величину крововтрати визначали за допомогою формули Мура (1969). Ступінь тяжкості кровотечі визначали, використовуючи класифікацію О. О. Шалімова (1987) [2], де втрата до 20 % об'єму циркулюючої крові (ОЦК) – легкий ступінь крововтрати, 20–30 % ОЦК – середній, понад 30 % ОЦК – тяжкий.

Розмір виразки оцінювали за класифікацією А. В. Мазуренка (1984), де виразка розмірами до 0,5 см вважалася мала, від 0,6 до 1,0 см – середня, від 1,1 до 3,0 см – велика та понад 3,0 см – велетенська [6].

Ендоскопічне дослідження виконували апаратом «Olympus», під час якого визначали локалізацію виразки, її розміри, глибину, стан



гемостазу в ділянці виразки оцінювали за класифікацію Форреста (1974) [8, 9].

Згідно із класифікацією вікових груп за ВООЗ (Київ, 1973) пацієнтів розподіляли за такими віковими групами: особи молодого віку (до 45 років), середнього — (46–59 років), літнього — (60–74 роки) старечого — (75–89 років) та віком понад 90 років — довгожителі [7].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень виконували на персональному комп'ютері з використанням формул теорії статистики. Оцінювали середні значення отриманих даних ( $M$ ), їхні стандартні відхилення ( $m$ ), достовірність статистичних показників ( $p$ ) за  $t$ -критерієм Стьюдента. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотковими долями двох вибірок використовували критерій Фішера.

### Результати досліджень та їх обговорення

Впродовж останніх шести років у хірургічному відділенні Красилівської центральної районної лікарні перебувало 159 хворих на виразкову хворобу шлунка або ДПК, ускладнену гострою кровотечею. Якщо проаналізувати дану кількість пацієнтів, залежно від локалізації виразкового дефекту, то 85 (53,5 %) осіб мали виразку ДПК, а 69 (43,4 %) — шлунка. Слід додати, що у 5 (3,1 %) пацієнтів виразкові дефекти були одночасно локалізовані, як в шлунку так і у ДПК.

Результати дослідження локалізації виразкового дефекту, залежно від віку та статі пацієнтів, представлені в табл. 1. Кількість осіб молодого віку становила 38 (23,9 %) осіб, середнього — 35 (22,0 %), літнього — 53 (33,3 %) та старечого — 33 (20,8 %). Така вікова категорія як довгожителі була відсутня.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за віком та статтю, залежно від локалізації виразкового дефекту

Локалізація виразки	Стінка органа	Стать	Вікові групи пацієнтів			Абс.	%
			< 45	46-59	60 і >		
Шлунок	Передня	Чол.	4	3	12	19	12,3
		Жін.	1	2	12	15	9,7
	Задня	Чол.	3	5	13	21	13,6
		Жін.	3	2	9	14	9,1
ДПК	Передня	Чол.	11	8	10	29	18,8
		Жін.	1	5	11	17	11,1
	Задня	Чол.	13	6	8	27	17,6
		Жін.	2	2	8	12	7,8
Усього			38	33	83	154	100

Незважаючи на переважання кількості пацієнтів літнього віку, вірогідної різниці між всіма віковими категоріями осіб не має. Для зручності подальших досліджень пацієнтів літнього та старечого віку (ЛСВ) об'єднано в одну вікову категорію.

Середній вік пацієнтів становив  $(58,6 \pm 1,442)$  роки. Пацієнти чоловічої статі, у кількості 96 (60,4 %) осіб, вірогідно переважають жіночу — 63 (39,6 %).

Для вивчення кількості хворих на гострокровоточиву гастродуоденальну виразку, залежно від групи крові, нами досліджено 105 осіб. Вірогідно найвищу кількість становили пацієнти із першою групою крові 50 (47,6 %), а найменшу — із четвертою 8 (7,6 %). Друге місце, за кількістю, склали особи із другою групою крові 29 (27,6 %), які вірогідно переважають пацієнтів із третьою — 18 (17,2 %).

Отримані результати повністю співпадають з даними літератури, де у осіб з першою групою крові ризик виникнення виразкової хвороби шлунка або ДПК вищий ніж у всіх інших [6].

У 61 (38,4 %) хворого на гостру гастродуоденальну кровотечу мав місце виразковий анамнез, серед яких у 13 (21,3 %) осіб були ускладнення у вигляді перфорації та кровотечі.

На основі клініко-морфологічних даних, у хворих ЛСВ на виразкову хворобу ДПК, ряд авторів розрізняють два типи виразки — «застаріла» (виразкова хвороба, що виникла в молодому або середньому віці), а також «стареча», яка вперше виникає після 60 років, має патологічні та морфологічні особливості, зумовлені патогенетичними зв'язками із хронічною супровідною патологією, зокрема розповсюдженим атеросклерозом [1, 3].

Проведений клінічний аналіз свідчать про невірогідну різницю кількості хворих ЛСВ на гострокровоточиву виразку ДПК між «застарілим» 21 (52,5 %) типом виразки та «старечим» 19 (47,5 %).

Важливим чинником, який безпосередньо впливає на результати лікування є термін від початку кровотечі до звернення пацієнта у лікарню, тобто тривалість захворювання. В наших дослідженнях 62 (39,0 %) особи звернулися до лікувального закладу впродовж першої доби та 28 (17,6 %) осіб — у терміни від одної до двох діб. Кількість пацієнтів, яка звернулася до лікарні впродовж другої доби захворювання вірогідно менша проти всіх інших термінів. Найбільша кількість осіб, а саме 69 (43,4 %), має тривалість захворювання понад дві доби.

Таке тривале зволікання медичною допомогою призводить до швидкого виснаження пристосованих механізмів, у пацієнтів із активною кровотечею, а також значно підвищує ризик її рецидиву, в разі зупинки останньої [3, 4].

Нами проаналізовано розміри виразки у 136 хворих на гострокровоточиву виразку шлунка та ДПК (табл. 2). Виразку малих розмірів мали лише 2 (1,4 %) особи, а велетенського — 9 (6,6 %). Вірогідно переважала кількість пацієнтів із виразкою середнього 61 (44,9 %) та

великого 64 (47,1 %) розмірів. Якщо проаналізувати розмір виразкового дефекту, залежно від вікової групи пацієнтів, то вірогідно переважає кількість осіб ЛСВ, які мають виразки великих та велетенських розмірів. Також, переважає кількість пацієнтів ЛСВ, які мають виразку середніх розмірів, проте ця різниця вірогідна тільки проти осіб середнього віку.

Таблиця 2

Розподіл хворих на гострокровоточиву виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, залежно від розмірів виразкового дефекту

Розмір виразки	Вікові групи пацієнтів						Абс.	%
	Молодий		Середній		ЛСВ			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Мала	1	0,7	1	0,7	-	-	2	1,5
Середня	22	16,2	14	10,3	25	18,4	61	44,8
Велика	11	8,1	14	10,3	39	28,7	64	47,1
Велетенська	1	0,7	2	1,5	6	4,4	9	6,6
Усього	35	25,7	31	22,8	70	51,5	136	100

У табл. 3 представлено ступінь тяжкості кровотечі, залежно від вікової групи пацієнтів. Отримані результати вказують, що 87 (54,7 %) пацієнтів мали кровотечу легкого ступеня, 53 (33,4 %) – середнього та 19 (11,9 %) – тяжкого. Вірогідно переважає кількість осіб із легким ступенем тяжкості кровотечі проти всіх вікових груп. Також, вірогідно переважає кількість пацієнтів із середнім ступенем тяжкості кровотечі проти тяжкої.

Якщо розглянути ступінь тяжкості кровотечі всередині кожної вікової групи, то у пацієнтів молодого віку вірогідно переважає кількість осіб із легкою крововтратою. У осіб середнього віку, також вірогідно переважає кількість пацієнтів із легким ступенем кровотечі. У пацієнтів ЛСВ вірогідно переважає кількість пацієнтів із легким та середнім ступенем тяжкості кровотечі.

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів за віковою категорією, залежно від ступеня тяжкості кровотечі

Вікова категорія пацієнтів	Ступінь тяжкості кровотечі						Абс.	%
	Легка		Середня		Тяжка			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Молодий	29	18,2	5	3,2	4	2,5	38	23,9
Середній	21	13,2	9	5,7	5	3,1	35	22,0
ЛСВ	37	23,3	39	24,5	10	6,3	86	54,1
Усього	87	54,7	53	33,4	19	11,9	159	100

У наших спостереженнях 79 (49,7 %) пацієнтів мали хронічну супровідну патологію, яка суттєво впливає на вибір об'єму оперативного втручання, особливо на висоті кровотечі та в ранні терміни після неї (табл. 4). Вірогідно найвищий відсоток серед цієї кількості осіб мали пацієнти ЛСВ – 65 (82,3 %). Якщо розглянути наявність хронічної супровідної патології, залежно від вікової групи, то у пацієнтів

молодого віку вона становила 10,5 % (4 особи), середнього – 28,6 % (10 осіб) та ЛСВ – 75,6 % (65 осіб). У структурі хронічної супровідної патології вірогідно переважала кількість пацієнтів із серцево-судинною, проте друге місце належало поєднаній.

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів із хронічною супровідною патологією, залежно від систем органів та вікової категорії осіб

Супровідна патологія	Вікові групи пацієнтів						Абс.	%
	Молодий		Середній		ЛСВ			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Серцево-судинна	-	-	4	5,1	42	53,1	46	58,2
Легенева	2	2,5	-	-	2	2,5	4	5,1
Ендокринна	-	-	-	-	4	5,1	4	5,1
Нервова	1	1,3	2	2,5	2	2,5	5	6,3
Інша	1	1,3	3	3,8	4	5,1	8	10,1
Поєднана	-	-	1	1,3	11	13,9	12	15,2
Усього	4	5,1	10	12,7	65	82,2	79	100

Аналізуючи стан гемостазу гострокровоточивої виразки за ендоскопічною класифікацією Форреста (F), який представлено в табл. 5, слід зазначити, що у 4 (2,5 %) пацієнтів на момент звернення у лікувальний заклад мала місце активна кровотеча, тобто F-I. Якщо розглянути відсоток пацієнтів із зупиненою кровотечею (F-II, F-III), залежно від ендоскопічних стигмат, то різниця між ними невірогідна. Найбільшу кількість склали пацієнти із ендоскопічною стигматою F-II b. У наших дослідженнях РПК був у 23 (14,8 %) осіб. У осіб молодого віку РПК виник у 3 (13,1 %) пацієнтів, середнього – у 3 (13,1 %) та ЛСВ – у 17 (73,8 %).

Таблиця 5

Розподіл хворих на виразкову кровотечу та її ранній рецидив, залежно від ендоскопічних стигмат

Виразкова кровотеча	Ендоскопічні стигмати зупиненої кровотечі						Абс.	%		
	F-II a		F-II b		F-III					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				
Кровотеча	26	16,8	42	27,1	31	20,0	33	21,3	132	85,2
Рецидив кровотечі	10	6,4	7	4,5	4	2,6	2	1,3	23	14,8
Усього	36	23,2	49	31,6	35	22,6	35	22,6	155	100

Вагоме значення має термін виникнення РПК, оскільки це дає змогу більш адекватно підготувати пацієнта до оперативного втручання, виконати корекцію супровідної патології. Отримані результати вказують, що у 10 (43,5 %) осіб РПК виник у перші дві доби, у 7 (30,4 %) – в терміни від трьох до чотирьох діб та у 6 (26,1 %) – починаючи з п'ятої доби лікування.

Це свідчить, що у переважній більшості пацієнтів рецидив кровотечі виникає в ранні терміни, що негативно впливає на результати оперативного лікування, особливо у осіб ЛСВ.



Заважаючи на відсутність можливості проведення ендоскопічного гемостазу в умовах центральної районної лікарні ми дотримувалися вичікувальної тактики. Тобто, пацієнтам із активною виразковою кровотечею (F-I) виконували оперативні втручання на її висоті. Особам із зупиненою кровотечею (F-II, F-III) проводили комплекс консервативних заходів спрямований на запобігання виникнення РПК, а також постійний контроль за станом гемостазу ділянки виразки, у вигляді повторних ендоскопічних досліджень, динаміки рівня еритроцитів, гемоглобіну тощо. У разі виникнення РПК, виконували оперативне втручання на висоті останнього.

З метою виконання хірургічного гемостазу гострокровоточивої виразки використовували паліативні, органозберігаючі та радикальні оперативні втручання. Так, прошивання кровоточивої виразки застосували 8 (29,6 %) пацієнтам, висічення виразки з подальшим виконанням дуодено- або пілоропластики та ваготомією – 11 (40,8 %) особам. Резекцію шлунка за Більрот–II у модифікації Гофмейстера Фінстерера або Бальфура виконали 8 (29,6 %) пацієнтам.

Аналіз ефективності лікування показав, що з 27 (16,9 %) прооперованих пацієнтів померло 2 особи, тобто післяопераційна летальність складала 7,4 %. Із 132 (83,1 %) консервативно пролікованих хворих на гострокровоточиву виразку шлунка або ДПК померло 7 (5,3 %) пацієнтів, таким чином загальна летальність складала 12,7 %.

Середній термін стаціонарного лікування у пацієнтів молодого ( $9,79 \pm 0,612$ ) днів та серед-

нього ( $9,79 \pm 0,553$ ) днів віку майже не відрізняється, проте у осіб ЛСВ ( $12,53 \pm 0,702$ ) днів він вірогідно перевищує попередні.

Отже, підсумовуючи результати проведеного дослідження слід відмітити певні особливості клінічного перебігу гострокровоточивих гастродуоденальних виразок. Так, на виразкову хворобу шлунка або ДПК, ускладнену гострою кровотечею, частіше хворіють особи ЛСВ, переважно чоловічої статі, із виразкою середнього та великого розмірів. У переважній більшості пацієнтів відсутній виразковий анамнез, а також майже половина осіб звертається до лікувальної установи в терміни понад дві доби. Більшість пацієнтів має крововтрату легкого та середнього ступенів тяжкості. Майже у половині осіб є хронічна супровідна патологія, переважно з боку серцево-судинної системи. Рецидив кровотечі виникає здебільшого у пацієнтів ЛСВ, у терміни до двох днів.

#### Висновок

Пацієнти літнього та старечого віку мають найбільш негативні клінічні характеристики перебігу виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки, ускладненої гострою кровотечею, порівняно з іншими віковими групами осіб.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому вважаємо за доцільне вивчити та порівняти клінічні особливості перебігу гострокровоточивих гастродуоденальних виразок, а також результати їх лікування в інших районах Хмельницької області.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дзюбановський І. Я. Рецидивні дуоденальні виразкові кровотечі: прогнозування і вибір лікувальної тактики / І. Я. Дзюбановський, І. І. Басистюк // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 23–24.
2. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В. Ф. Саенко, И. Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк и др. – Ровно, 1997. – 384 с.
3. Івашук О.І. Сучасні підходи в лікуванні хворих, старше 60 років, на гострокровоточиву дуоденальну виразку : монографія / О. І. Івашук, В. Ю. Бодяка, Ю. М. Мишковський. – Чернівці: Медуніверситет, 2009. – 416 с.
4. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч / Л. Я. Ковальчук, Є. М. Шепетько, В. О. Шапринський та ін.; за ред. Є. М. Шепетька. – К.: Фенікс, 2014. – 424 с.
5. Кондратенко П. Г. Тактика лечения больных с кровотечением из острых язв верхних отделов пищеварительного тракта / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 6 (44). – С. 111-114.
6. Окорочков А. Н. Диагностика болезней органов пищеварения / А. Н. Окорочков. – М.: Мед. лит., 2000. – 560 с.
7. Словарь-справочник по социальной геронтологии / под ред. Б. Г. Тукумцева. – Самара : Изд-во «Самарский университет», 2003. – 208 с.
8. Forrest J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J. Forrest, N. Finglayson, D. Shearman // Lancet. – 1974. – Vol. 11, N 7877. – P. 394-397.
9. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study / CH Lim, D Vani, SG Shah [et al.] // Endoscopy. – 2006. – N 38. – P. 581-585.

КЛИНИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ  
ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДКА  
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ

*В. П. Кабыш, Д. С. Дудко,  
А. А. Ружыцкий, В. И. Петров,  
Ю. С. Бачинский,  
В. Ю. Бодяка, И. А. Козак,  
Ю. П. Петлюк,  
А. В. Ковтуняк,  
В. В. Стельмащук*

CLINICAL FEATURES OF  
ULCEROUS HEMORRHAGES  
COURSE OF THE STOMACH  
AND DUODENUM

*V. P. Kabysh, D. S. Dudko,  
A. A. Ruzhytskyi, V. I. Petrov,  
Yu. S. Bachynskyi,  
V. Yu. Bodyaka, I. O. Kozak,  
Yu. P. Petliuk, A. V. Kovtunyak,  
V. V. Stelmashchuk*

**Резюме.** В статье представлены клинические особенности возникновения и течения желудочно-кишечных кровотечений язвенного генеза, а также результаты их лечения, которые определены путем анализа медицинских карточек стационарного больного за последние шесть лет.

Определено, что пациенты пожилого и старческого возраста имеют наиболее негативные клинические характеристики протекания гастродуоденальных кровотечений, в сравнении с другими возрастными группами. Установленные особенности необходимо учитывать при выборе тактики лечения, а также с целью профилактики осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Ключевые слова:** *острокровоточающая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.*

**Summary.** Clinical peculiarities of the origin and progress of gastric and duodenal bleedings of ulcerous genesis as well as the results of their treatment established by analyzing an in-patient's medical records for the last six years are presented in the article. It has been determined that elderly and aged patients have the most negative clinical characteristics of gastric and duodenal ulcer as bleedings in comparison with other age groups. The peculiarities revealed must be considered when choosing a policy of treatment, and for prevention of complications of gastric and duodenal ulcer disease.

**Key words:** *acute bleeding gastric or duodenal ulcer.*