

**Міністерство охорони здоров'я України  
Тернопільська державна медична академія  
ім. І.Я. Горбачевського**

**ЛУГОВИЙ ОЛЕГ БОГДАНОВИЧ**

УДК 616.342-002.44-005.1-06]-089

**Особливості хірургічної тактики у хворих на виразкові дуоденальні кровотечі в  
умовах поліморбідності**

14.01.03 – хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

Тернопіль - 2003 р.

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського, МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор *Дзюбановський Ігор Якович*, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії ФПО

**Офіційні опоненти:**

– доктор медичних наук, професор *Василюк Михайло Дмитрович*, Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії;

– доктор медичних наук, професор *Кулачек Федір Григорович* Буковинська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії.

**Провідна установа:**

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та опікової хвороби.

Захист відбудеться 26 травня 2003 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.01. у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12)

Автореферат розісланий 22 квітня 2003 р.

Вчений секретар спеціалізованої  
вченої ради К 58.601.01.

доктор медичних наук, професор

**Я.Я. Боднар**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Відомо, що у 20 % – 27 % хворих на виразкову хворобу виникає грізне, часто смертельне ускладнення – гостра кровотеча (В.Ф. Саєнко, 1997; В.В. Бойко, 2002).

До теперішнього часу точиться суперечка між прихильниками консервативної та активної хірургічної тактики при гострих виразкових кровотечах, а серед прихильників активного підходу “кого і коли оперувати та яку операцію виконувати” (В.І. Мамчич, 2002; М.Г. Шевчук, 2002). Існуючі способи прогнозування рецидиву кровотечі (П.Д. Фомін, 2001; Л.Я. Ковальчук, 2001) не враховують динаміки локальних деструктивних, регенераторних, пластичних резервів та захисних факторів слизової оболонки у периульцерозній зоні, з якої не тільки починається загоєння, а й виникає рецидив кровотечі. Як відомо з досліджень В.А. Самсонова (1972), Л.И.Аруина (1993), Г.Г. Автанділова (1990), Majumdar A. P. (1997) кровотеча виникає лише за умов активної виразки, тому дослідження локальних структурних змін у периульцерозній ділянці кривавлячих дуоденальних виразок дозволило б виявити морфологічні особливості загострення ускладненої виразки.

Загальна летальність при гострих кровотечах виразкового генезу складає 2 – 10 % і зумовлена кількома чинниками, зокрема – поліморбідністю у осіб похилого і старечого віку (Ф.Г. Кулачек, 2000) з функціональною недостатністю однієї або кількох життєвоважливих систем та синдромом взаємообтяження (Mangano D.T, 1990; Goldman L., 1995; В.П. Андрющенко, 2002); відсутністю єдиних поглядів на причину рецидиву кровотечі, попередження та прогнозування її виникнення (В.М. Короткий, 2002; М.Д. Василюк, 2001); труднощами у виборі оптимальної лікувальної тактики в умовах поліморбідності через важкість порівняльної оцінки функціонального стану хворого, небезпекою анестезії та операції, з прогнозом перебігу основного хірургічного захворювання.

Тому розробка комплексного підходу до вибору хірургічної тактики у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею є актуальною проблемою, а схожих досліджень у опрацьованій літературі немає.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертація є фрагментом планової науково-дослідної роботи “Оптимізація хірургічних методів лікування основних захворювань органів черевної порожнини у віковому аспекті” кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського, № Держ. реєстрації 0197U013701, у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно визначення особливостей хірургічної тактики у хворих на виразкові дуоденальні кровотечі в умовах поліморбідності.

**Мета роботи:** покращити результати хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену гострою кровотечею на основі вибору строків та об'єму оперативного втручання в залежності від морфологічної оцінки активності і прогнозу перебігу виразкового процесу, вірогідності повторної кровотечі, і ризику операції в умовах поліморбідності.

Для вирішення поставленої мети сформульовано наступні **завдання**:

1. Вивчити морфологічні особливості перебігу дуоденальних виразок, ускладнених кровотечею;
2. Виробити об'єктивні критерії оцінки ступеня активності кровотечі з врахуванням локальних імуноморфологічних змін виразкового процесу і вірогідності рецидиву кровотечі;
3. Обґрунтувати алгоритм лікувальної тактики при дуоденальних кровотечах з врахуванням ступеню активності виразкового процесу, прогнозу рецидиву кровотечі і оцінки ризику операції за умов поліморбідності;
4. Провести порівняльний аналіз тактичних підходів до вибору строків і об'єму операції у хворих на виразкову дуоденальну кровотечу.

**Об'єкт дослідження** – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею.

**Предмет дослідження** – хірургічна тактика у хворих на виразкові дуоденальні кровотечі в умовах поліморбідності.

#### **Методи дослідження**

- для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводилися загальноклінічні дослідження із застосуванням ендоскопічних методів з метою встановлення надійності гемостазу у виразці та взяття біопсійного матеріалу із наступним його гістологічним вивченням;
- для визначення особливостей морфологічних змін у периульцерозній ділянці дванадцятипалої кишки застосовано фарбування тканини біоптатів гематоксиліном та еозином, за ван-Гізона, Малорі, Вейгертом, В.О. Самсоновим, Гоморі, В.В. Купріяновим та морфометрію за Г.Г. Автанділовим;
- для оцінки локальних проявів імунної реакції слизової оболонки дванадцятипалої кишки вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів (Ig A, M, G) із застосуванням прямого методу Кунса.

**Наукова новизна роботи.** Вперше вивчено морфофункціональні просторові та імуноморфологічні характеристики периульцерозної зони дванадцятипалої кишки і на цій основі виділено три варіанти активності виразкового процесу за умов триваючих, рецидивуючих та зупинених кровотеч.

Вперше досліджено динаміку змін концентрації секреторного імуноглобуліна А (SIgA) та його кореляційний зв'язок з важкістю структурних уражень стінки дванадцятипалої кишки з різними варіантами клінічного перебігу виразкової кровотечі.

Встановлено значення динамічної оцінки вмісту SIgA в якості прогностичного критерію оцінки стану виразкового процесу, його активності і пов'язаного з ним ризику відновлення кровотечі.

Застосовано шкалу операційно-анестезіологічного ризику за методом Detsky-Larsen-Goldman (1995) для об'єктивної оцінки безпеки оперативного втручання у хворих на гостру виразкову дуоденальну кровотечу різних вікових груп та в умовах поліморбідності.

**Практичне значення одержаних результатів.** Запропоновано і застосовано у практичній діяльності ендоскопічно-імуноморфологічний моніторинг активності, динаміки та прогнозу перебігу дуоденальної виразки, ускладненої кровотечею.

Розроблено, клінічно апробовано і запроваджено “Спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки” (Деклараційний патент України на винахід № 53249 А) із застосуванням мінімального доступу у хворих з високим ризиком операції.

Розроблено і впроваджено алгоритм вибору строків і об'єму оперативного втручання у хворих на виразкову дуоденальну кровотечу на основі динамічної імуноморфологічної оцінки стану факторів захисту периульцерозної ділянки, виразкової деструкції, вірогідності відновлення кровотечі і шкали операційно-анестезіологічного ризику в різних вікових групах за умов супутньої патології.

На основі аналізу летальності та післяопераційних ускладнень оптимізовано діагностично-лікувальний процес та обґрунтовано раціональну індивідуально-активну тактику лікування хворих на виразкову дуоденальну кровотечу, що дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень у 3,7 рази, а рівень загальної летальності майже у 5 разів.

Матеріали дисертації впроваджені у формі актів в практичну діяльність хірургічних відділень міських та районних лікарень Тернопільської області.

**Особистий внесок дисертанта в одержанні наукових результатів, що виносяться на захист.** Провів ретроспективний аналіз перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих контрольної групи. Встановив значення зв'язку вираженості супутньої патології з ризиком ускладнень після операції. Розробив покази до динамічного ендоскопічного моніторингу. Розробив та брав активну участь у впровадженні алгоритмів вибору термінів та об'ємів операції в залежності від типу активності виразкового процесу та стану супутньої патології. Узагальнив результати імуноморфологічних досліджень та адаптував їх до клінічних варіантів перебігу виразкових кровотеч. Особисто, за розробленою схемою обстежував, лікував та брав участь у операціях 85 % хворих основної групи. Самостійно виконав статистичну обробку отриманих

результатів, їх аналіз та узагальнення, написав усі розділи дисертації. Все це сприяло отриманню результатів, висновків і практичних рекомендацій, що виносяться на захист.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали дисертації оприлюднено на III національному конгресі анестезіологів України (Одеса, 2000), на міжнародних конференціях “Вибрані питання невідкладної хірургії” (Ужгород, 2001), “Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч” (Київ, 2001), “Актуальні питання хірургії гепатопанкреатобіліарної системи” (Одеса, 2001); на XX з’їзді хірургів України (Тернопіль, 2002); на Всеукраїнських конференціях “Гнійно-септичні ускладнення в хірургії. Новітні технології в хірургії XXI століття” (Яремче, 2002), “Сучасні тенденції в хірургії XXI століття” (Київ, 2002). На підсумкових XLIV та XLV науково-практичних конференціях (Тернопіль, 2001, 2002), на науково-практичній конференції хірургів Тернопілля (Тернопіль, 2002 р.).

**Публікації.** Результати дослідження висвітлені у 16 наукових працях, з них 7 у фахових наукових виданнях рекомендованих ВАК України, чотири – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, конгресів, з’їздів, 1 – у науковому журналі, двох Деклараційних патентах України на винахід.

**Об’єм і структура дисертації.** Матеріали дисертації викладені державною мовою на 189 сторінках комп’ютерного тексту. Дисертація складається із вступу, 6 розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних 236 літературних джерел, додатків. Робота ілюстрована 38 таблицями і 18 рисунками. Ілюстрації, таблиці, бібліографічний опис використаних джерел, додатки викладені на 42 сторінках.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 234 хворих на виразкову дуоденальну кровотечу (ВДК). Усім пацієнтам при поступленні виконували екстренну езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС) для встановлення джерела кровотечі та оцінки стану місцевого гемостазу. При необхідності виконували ендоскопічну спробу гемостазу. Пацієнтів віком до 49 років було 104, що склало 44,4 %, від 50 до 59 років – 52 (22,2 %), 60 – 74 років – 45 (19,4 %) та 75-89 років – 33-и (13,9 %). Кровотрата I ступеня була діагностована у 81 (34,6 %), II ступеня у 82 (35,0 %) та III – у 71 (30,4 %) хворого. У хворих працездатного віку у 36-и (23,1 %) випадків виразка локалізувалась на задній стінці, у 41-го (26,3 %) – на передньо-медіальній та передньо-латеральній стінках у 76-и (48,7 %), поєднана виразка ДПК та шлунка виявлена у 3-х (1,9 %). У похилому та старечому віці кровоточива ВДК локалізувалася на передньо-медіальній стінці у 17-и (21,8 %), передньо-латеральної стінці – у 15-и (19,2 %), а на задній стінці – у 44-х (56,4 %) пацієнтів. Поєднання виразки шлунка і дванадцятипалої кишки діагностовано у 2-х (2,6 %) хворих. У 195-и (83,2 %), що поступили з приводу досліджуваної патології, кровотеча виникла

вперше, а у 39-и (16,8 %) – повторна, з них у 16-и (40,3 %) в анамнезі мали місце більше ніж дві кровотечі.

Поєднані ускладнення виразкової хвороби виявлено у 103 (44,2 %) хворих на кривавлячу виразку. Кровотеча з пенетрацією зустрічалась у 72 (69,9 %) пацієнтів, кровотеча із стенозом діагностована у 15 хворих (14,6 %), кровотеча, пенетрація та стенозування відмічені у 15 (14,6 %), а у 1 (0,9 %) хворого мали місце кровотеча з пенетруючої виразки задньої стінки, стеноз постбульбарного відділу та перфорація виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки.

Оперовано з приводу кровоточивої ВДК 116 (49,7 %) хворих, консервативно ліковано 118 (50,3 %). Радикальні оперативні втручання виконано у 97,5 %, паліативні – у 2,5 % пацієнтів. Із супутньою патологією прооперовані 80, а 46 ліковані консервативно, що складає відповідно 63,5 % та 36,5 % усіх обстежених з супутньою патологією.

У 107-и з них (основна група) проведено динамічний ендоскопічно-імуноморфологічний моніторинг і загально-клінічні, лабораторні дослідження. У 52-х хворих із 127 (контрольна група) вивчено морфометричні та імуноморфологічні зміни навколівиразкової тканини на віддалі 5 – 7 мм від краю виразкового дефекта. З них у 32-х теж виконано ендоскопічні біопсії на такій же віддалі від краю виразки на доопераційному етапі – при поступленні, через 3, 6, 12, 24 та 48 годин з моменту поступлення, після операції.

Гістостереометричні вимірювання здійснювалися з використанням методик і рекомендацій Г.Г. Автанділова (1990).

Морфометрію артерій стінки дванадцятипалої кишки, а саме визначення зовнішнього та внутрішнього діаметрів, індексу Вогенворта та товщини медії проводили за С.В. Шормановим (1980, 1982). При цьому досліджували великі артерії (зовнішній діаметр – 126 – 150 мкм), середні (зовнішній діаметр – 51 – 125 мкм) та дрібні (зовнішній діаметр – 26 – 50 мкм).

Для оцінки імунної реакції кишки вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів (IgG A,M,G). З цією метою зрізи обробляли моноспецифічними сироватками проти IgA, IgM, IgG кон'югованими ізотіоціанатом флюоросцеїну, застосовуючи прямий метод Кунса і досліджували за допомогою люмінесцентного мікроскопа “Люман Р-8”. Підраховували клітини, що давали специфічне світіння, на 1 мм<sup>2</sup> слизової оболонки дванадцятипалої кишки.

Визначення концентрації секреторного імуноглобуліну А (SIgA) проводили в гомогенаті слизової оболонки дванадцятипалої кишки із застосуванням методу радіальної імунодифузії в агарі з специфічною сироваткою проти SIgA при поступленні, через 3, 6, 12, 24 та 48 годин з моменту госпіталізації у 32-х контрольної та 107-и основної групи.

Для оцінки операційно-анестезіологічного ризику застосована шкала Detsky-Larsen-Goldman (1995) у нашій модифікації.

Для ендоскопічної оцінки надійності гемостазу у виразці використано модифіковану та розширену класифікацію Форреста (1974), яка апробована в клініці хірургії ФПО з 1995 року (І.Я. Дзюбановський і співавт., 1995).

Усім 234 пацієнтам проводилася традиційна противиразкова, інфузійна, загальноукріплююча та замісна гемотрансфузійна терапія. Крім цього, хворі отримували симптоматичне лікування за показаннями залежно від вираженості і характеру супутньої патології.

Кількісні показники оброблялися методом варіаційної статистики. Різниця між порівнювальними величинами визначалася за Ст'юдентом при допомозі математично-статистичного пакету програми Excel-97 (Microsoft Office, США, 1997) на Intel Celeron 300 АТ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Із 234 пацієнтів 11 (4,7 %) поступили з кровотечею, яка продовжувалась, 5 із них прооперовано у перші 2 – 3 години з моменту поступлення внаслідок неефективності ендоскопічної спроби гемостазу. У 223 (95,3 %) на момент госпіталізації діагностовано спонтанне припинення кровотечі. Рецидив кровотечі з хронічної виразки дванадцятипалої кишки у терміни від 6 до 48 годин виявлено у 30 (12,8 %) обстежених. Дослідження, проведені у віковому аспекті засвідчили, що відновлення геморагії при первинно ненадійному гемостазі (F-II за Форрестом, 1974) спостерігалось у 13 (8 %) віком до 59 років, у 6 (13,3 %) 60 – 74 років та у 5 (15,2 %) старших 75 років із 171 хворого, що складає (14,0 %). Із 52 пацієнтів, у яких на момент поступлення за даними ЕФГДС встановлено “надійний гемостаз” (F-III), у 8 (15,3 %) теж мало місце спонтанне відновлення кровотечі. Зокрема, у 2 (1,3 %) віком до 59 років, у 3 (6,7 %) 60 – 74 років та у 3 (9,0 %) старших 75 років (рис. 1).



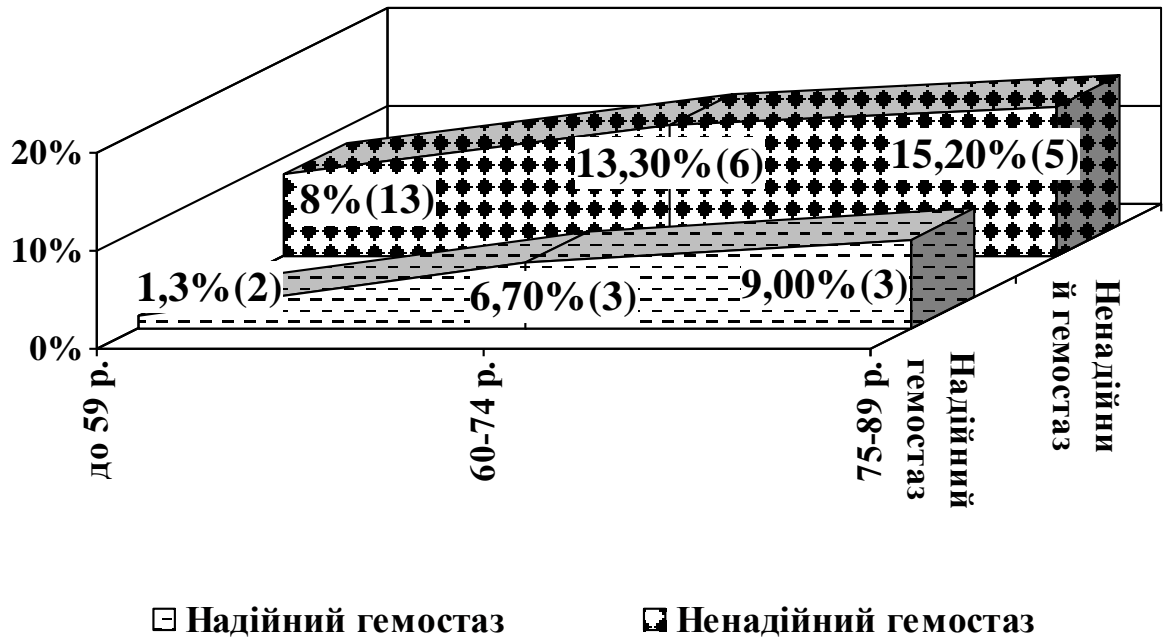


Рис. 1 Частота рецидивів кровоотеч залежно від віку при надійному (F-III) та ненадійному (F-IIa) гемостазах за даними ЕФГДС при поступленні.

Примітка: -(кількість рецидивів кровотечі).

Висока частота виникнення рецидиву геморагії як при надійному так і ненадійному гемостазі спонукали нас до вивчення чинників раннього відновлення кровотечі на основі комплексного морфометричного та імуноморфологічного дослідження стінок ураженої дванадцятипалої кишки.

Із аналізу морфометричних, імуноморфологічних показників стінки дванадцятипалої кишки випливає, що за умов неускладненої виразкової хвороби, поряд із деструктивними змінами та структурною перебудовою стінки дрібних артерій спостерігається порушення трофіки структур слизової оболонки, яка спричиняла значне зростання відносного об'єму пошкоджених епітеліоцитів. Водночас, виявлено різку активацію синтезу провідних факторів імунного захисту слизових оболонок – секреторного імуноглобуліну (SIgA) та його головного резерву – IgA.

У хворих на виразкову хворобу, ускладнену кровотечею, у яких рецидиву останньої не було, в слизовій та м'язовій оболонках стінки дванадцятипалої кишки спостерігалися атрофічні процеси, на що вказувало зменшення товщини вказаних структур, зниження висоти покривних епітеліоцитів та їхніх ядер. При дослідженні артеріального русла виявлено переважне ураження дрібних та середніх судин, що зумовило більшу вираженість порушень гомеостазу та трофіки на клітинному, та тканинному рівнях структурної організації. Це підтверджувалося статистично достовірною зміною величини індексів підслизово-слизового, слизово-м'язового, капілярно-епітеліоцитарних та ядерно-цитоплазматичних відношень. Проте, слід зазначити, що збереження

магістрального кровотоку на органному рівні сприяло різкій активації локальної імунної відповіді, яка характеризувалась зростанням кількості клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів та концентрації SIgA. Ми схильні оцінювати зміни досліджуваних параметрів можна оцінити як прояв запально-деструктивних і активацію репаративних процесів та локальної імунної відповіді, спрямованих на захист, обмеження альтерації.

При виразковій хворобі з рецидивними та триваючими кровотечами зміни досліджуваних морфометричних параметрів стінки дванадцятипалої кишки мали подібну тенденцію, але були більш виражені. Вони свідчили про значне порушення органного гомеостазу, яке було проявом ураження та структурної перебудови артерій переважно великого діаметру. Гістологічно виявлено інфільтрацію їх стінки лімфоцитами, плазмоцитами, нейтрофілами, дегранульованими тучними клітинами, периваскулярний склероз, розволокнення медії, деструкцію внутрішньої еластичної мембрани, а імуноморфологічно – імунними комплексами, імуноглобулінами класу M та G за типом аутоімунного ангіїту. Крім цього відмічено зростання кількості клітин-продуцентів Ig G, та різке зниження концентрації SIgA.

Таким чином, морфологічні та імуноморфологічні дані вказують на більшу тривалість, темпи та глибину деструктивно-некробіотичних уражень у виразці та периульцерозній зоні, виснаження репаративних та пластичних резервів судинного русла та структур ураженого органа. Вони відображають виражену місцеву імунологічну дизфункцію, що поєднувалося з ознаками колапсу місцевих імунологічних факторів захисту слизової оболонки ураженої дванадцятипалої кишки, основним чинником якого є вміст SIgA, а також прояви аутоімунного ураження артерій великого діаметру у периульцерозній ділянці за умов рецидивної та триваючої кровотечі.

Наступним етапом наших досліджень було вивчити динаміку змін вмісту SIgA в стінці дванадцятипалої кишки за умов виразкової геморагії з різним клінічним перебігом у 32 хворих контрольної та 107 основної групи (рис 2).

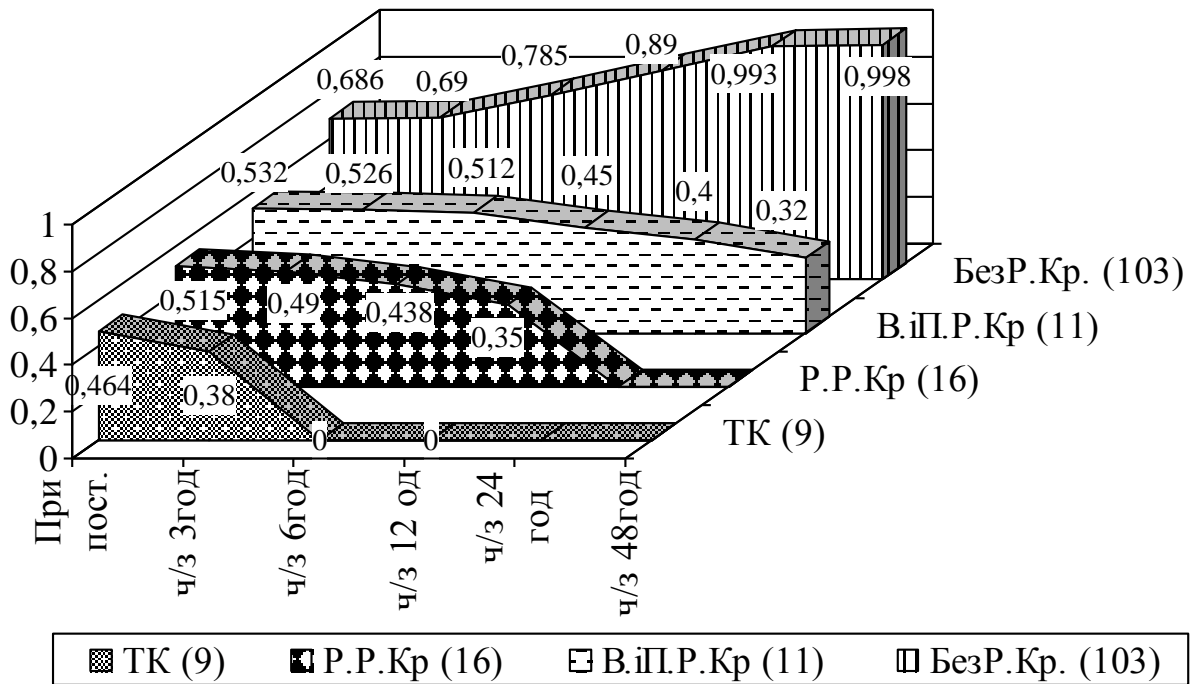


Рис 2. Динаміка концентрації секреторного імуноглобуліна А у біоптатах слизової оболонки периульцерозної ділянки (г/л)

Примітки: ТК – триваюча кровотеча при поступленні; P.P.Kp – ранній рецидив кровотечі (до 12 годин після зупинки геморагії); V.iП.P.Kp. – відстрочений і пізній рецидив кровотечі (протягом 12 – 24 та після 48 годин); Без P.Kp. – рецидиву кровотечі не було.

Описані дані засвідчують, що існує категорія пацієнтів, у котрих ранній рецидив кровотечі виникає незалежно від стану ендоскопічної характеристики гемостазу на момент госпіталізації. Проте, у всіх цих хворих виявлено прогресивне зниження вмісту провідного фактора захисту слизової оболонки дванадцятипалої кишки – SIgA. Слід також відмітити, що ризик кровотечі не пов'язаний з певним критичним значенням досліджуваного фактора, що вказує на динамічність процесу виразкової деструкції. Тобто перша кровотеча виникала за конкретних умов, в яких навіть досить високої концентрації SIgA вже було недостатньо для протидії потужним та високим за темпом агресивним альтеративним чинникам.

У 16 хворих (11,5 %), в яких рецидив кровотечі виник у перші 6 – 12 годин (ранній рецидив кровотечі), зниженими виявились не тільки первинний вміст досліджуваного параметру, а й його резерви. У 11 (7,9 %) пацієнтів, у яких рецидив кровотечі виник після 12 годин від моменту зупинки першої геморагії (відстрочений (7) – протягом 12 – 24 та пізній рецидив кровотечі (4) після 48 годин), мали кращі резерви захисту, проте тривала агресивна дія пошкоджуючих чинників все ж призводила до повільного, але прогресивного виснаження захисних сил слизової оболонки ураженої дванадцятипалої кишки, що супроводжувалось появою ознак перенесеної кровотечі при ендоскопічному дослідженні у більш пізньому періоді.

Крім цього нами виявлена інша категорія хворих з триваючою кровотечею – 9 обстежених (6,4 %). У яких імуномофрологічні зміни характеризувались первинно (при поступленні) достовірно нижчим вмістом, ніж в інших групах співставлення, секреторного імуноглобуліну А (менше 0,47 г/л) та прогресивним зниженням його концентрації у найближчі години. Водночас, морфологічні зміни були аналогічні, оперованим на висоті рецидиву кровотечі.

Завдяки наявності збереженого та активації резерву фактору захисту у 103 пацієнтів (74,2 % обстежених хворих) без повторної геморагії організму вдалось злокалізувати виразкову деструкцію у короткі терміни та активувати проліферативні процеси.

Таким чином, ендоскопічно-імунологічний моніторинг у пацієнтів з виразковою кровотечею дає змогу оцінити справжній ризик основного хірургічного захворювання, прогноз його перебігу у кожного конкретного хворого і визначити оптимальні строки втручання з огляду на небезпеку виникнення раннього (протягом 6 – 12 годин), відстроченого (12 – 24 години) та пізнього рецидиву кровотечі (24 – 48 і більше годин від поступлення) або ж виявити відсутність небезпеки відновлення геморагії.

Результати, отримані у процесі ендоскопічно-імунологічного моніторингу із врахуванням динамічних змін факторів захисту слизових оболонок периульцерозної ділянки та пов'язану з нею небезпеку виникнення повторної кровотечі у різні строки дозволили нам розробити алгоритм вибору термінів операції та застосувати його у 107 хворих основної групи.

Пацієнтам, що госпіталізуються з триваючою кровотечею (на момент екстренного ЕФГДС) виконуємо спробу ендоскопічного гемостазу (5 хворих). При її неефективності хворим показане екстренне оперативне втручання протягом найближчих 3 годин (2 пацієнти).

При вдалій спробі ендоскопічної зупинки кровотечі (3 госпіталізованих) ми застосовуємо наступну тактику: покриваємо дно виразки препаратами з клейовою основою та досліджуємо вміст SIgA у гомогенаті слизової оболонки периульцерозної ділянки. Усі пацієнти через 3 години після первинного огляду підлягають ендоскопічно-імунологічному моніторингу з повторною біопсією. У разі відновлення кровотечі (F-Iab) ми рекомендуємо термінові оперативні втручання (2) у найближчі 3 – 6 годин. Якщо ж, через 3 години від поступлення на ЕФГДС відновлення кровотечі не спостерігається – продовжуємо консервативну противиразкову, корегуючу, замісну терапію та моніторинг як при зупиненій кровотечі з нестабільним гемостазом (1). Досліджуємо вміст SIgA та виконуємо механічний захист виразкової поверхні препаратами на клейовій основі (типу ліфузоль, статизоль і ін.)

Хворим із зупиненою кровотечею (102 та 1 після вдалої спроби ендоскопічного гемостазу) на момент госпіталізації призначаємо традиційну консервативну замісну та противиразкову терапію (надаємо перевагу “квадротерапію”). З них при нестабільному гемостазі (F-IIab) госпіталізовано 72 пацієнти і 1 переведений з групи з триваючою кровотечею, а з ознаками

надійного гемостазу (F-Іс-ІІІ) – 30. Повторному ендоскопічному огляді з біопсією через 6 годин підлягають пацієнти групи F-ІІаВ (73). Якщо діагностовано зростання вмісту секреторного імуноглобуліна А (45) – хворі підлягають консервативній противиразковій терапії. У разі зниження досліджуваного показника та нестабільному гемостазі – рекомендуємо термінові оперативні втручання (4 у тому числі 1 після вдалої спроби ендоскопічного гемостазу) до 12 годин, так як темпи наростання деструктивно-некробіотичних змін у виразці досить значні (у 2 пацієнтів, що відмовились від втручання через 12 та 16 годин виник рецидив кровотечі – у одного з них стверджений ендоскопічно у іншого клінічно). У випадку стабільного гемостазу навіть при зниженні вмісту SIgA вважаємо доцільним продовжити консервативну терапію для кращої доопераційної підготовки та моніторинг через 12 годин, так як темпи виснаження захисних чинників не високі. Якщо через 12 годин вміст SIgA продовжує знижуватись, що вказує на прогресуючий характер виразки та виснаження факторів захисту слизової оболонки – рекомендуємо невідкладні оперативні втручання (24) незалежно від ендоскопічної картини. І лише при стабільному вмісті SIgA вважаємо доцільним продовження моніторингу та консервативної терапії. Госпіталізовані із надійним гемостазом (30) підлягають моніторингу через 24 та 48 годин. Якщо через 24 – 48 годин моніторингу вміст SIgA не зростає (2), дана категорія пацієнтів мають небезпеку виникнення пізніх (після 2 діб) рецидивних кровотеч, тому що виразковий процес не має тенденції до загоєння. Ці 2 хворих прооперовані у ранньому відстроченому терміні (протягом 24 – 48 годин).

У 126 (53,8 %) пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з приводу виразкової кровотечі, виявлена супутня патологія. Одне захворювання, що супроводжувало кровотечу, виявлене у 75 (59,5 %) даної категорії. Два захворювання діагностовано у 31-го 24,7 %, три – у 15-и (10,3 %), чотири – у 7-и (5,5 %) пацієнтів. Таким чином на 126 хворих з супутньою патологією припадало 210 захворювань. Індекс поліморбідності у віці 20 – 59 років склав 1,07, у 60 – 74 роки – 1,75, а у 75 – 89 років досягав 2,5. У 106 (84,1 %) обстежених хворих була діагностована серцево-судинна патологія. Хронічні неспецифічні захворювання легень з вентиляційною недостатністю різного ступеня – у 53 (42,1 %), ожиріння – у 28 (22,2 %), патологія ЦНС із залишковою симптоматикою після перенесених порушень мозкового кровообігу – у 10 (7,9 %), цукровий діабет – у 5-и (3,9 %) хворих, патологія гепато-біліарної системи у 2-х (1,6 %), органів сечовиділення у 7-и (5,5 %). Із 116 прооперованих хворих до I класу операційно-анестезіологічного ризику було віднесено 71 пацієнта, до II класу ОАР – 32, III – 6 та IV класу ОАР – 7.

Застосовуючи бальну характеристику поліморбідності за шкалою ОАР Detsky-Larsen-Goldman (1995), у хворих на виразкову дуоденальну кровотечу та проаналізувавши перебіг раннього післяопераційного періоду, встановлено, що після резекцій шлунка у хворих I класу ОАР ранні поопераційні ускладнення мають місце у 7,4 %, а після виконання органозберігаючих

втручань ускладнень не відмічено. При II класі ОАР ускладнений перебіг мав місце у 29,8 % пацієнтів після резекційних методик, а після органозберігаючих – спостерігався у 5,5 %. Кращі результати їх виконання у невідкладному (12-24 години) або ранньому відстроченому (24-48 годин з моменту госпіталізації) термінах, так як відсоток ускладнень у 4 – 5 разів нижчий ніж після екстрених (до 3-х годин) та термінових (6-12 годин) втручань. При III та IV класах ОАР як після резекцій шлунка так і після органозберігаючих втручань ускладнення виникали практично в усіх хворих, а летальність досягла 50 % та 30 % відповідно.

На основі прогнозування ускладнень після операції, застосовуючи бальну оцінку поліморбідності за шкалою ОАР, можна рекомендувати наступний алгоритм вибору об'єму операції (рис. 3).



Рис. 3 Вибір об'єму операції залежно від класу операційно-анестезіологічного ризику

При I-у класі операційно-анестезіологічного ризику операцією вибору є радикальні за об'ємом втручання – органозберігаючі операції (13) на основі ваготомії (висічення, екстериторизація виразки пілоро-чи дуоденопластика, селективна проксимальна ваготомія). Можливим є виконання класичних резекцій шлунка (7), залежно від інтраопераційної ситуації, але з прогнозованим вищим відсотком ускладнень.

При II класі ОАР операцією вибору вважаємо органозберігаючі втручання (8), так як небезпека ускладнень не перевищує 5,5 %.

За умов високого та надмірного операційного ризику (III – IV класах ОАР) знизити

відсоток ускладнень можна за рахунок зменшення об'єму операції, а саме – виконуючи органозберігаюче, умовно-радикальне оперативне втручання з елементами малоінвазивної техніки – 6 оперованих.

Як бачимо згідно результатів представлених у табл. 1 при застосуванні комплексного підходу до вибору терміну та об'єму операції нам вдалось знизити оперативну активність із 65,6 до 31,7 % за рахунок відмови від не виправданих, з огляду на виникнення рецидиву виразкової кровотечі, оперативних втручань.

Таблиця 1

Результати комплексного підходу при виборі хірургічної тактики у хворих на кровотечі з хронічних виразок дванадцятипалої кишки

Показник	Індивідуально-активна тактика	Традиційна тактика	Всього
Загальна кількість хворих, (% летальності)	107 (0,9 %)	127 (4,7 %)	234 (2,9 %)
Кількість операцій, (% летальності)	34 (0,0 %)	82 (2,4 %)	116 (1,7 %)
Кількість операцій, на висоті рецидиву кровотечі, (%)	4 (11,7 %)	26 (31,7 %)	30 (25,9 %)
Кількість ускладнень, (%)	2(5,8 %)	23(28,0 %)	25(21,5 %)
Оперативна активність, %	31,7 %	65,6 %	49,6 %
Консервативно ліковані, (% летальності)	73 (1,4 %)	45 (8,9 %)	118 (3,9 %)

Аналізуючи ближні результати різних тактичних підходів щодо вибору об'єму (табл. 1) і терміну операції, застосовуючи шкалу ризику операції та знечулення Detsky-Larsen-Goldman (1995), органозберігаючий підхід та зменшення класу операційно-анестезіологічного ризику за рахунок відстрочення операції, зменшення її об'єму нам вдалось знизити оперативну активність у 2 рази (з 64,5 до 31,7 %), число операцій з приводу рецидиву геморагії у 2,7 рази (з 31,7 % до 11,7 %), кількість п/о ускладнень з 21,5 % до 5,8 % (у 3,7 рази), летальність після операцій з 2,4 % до 0,0 %, кількість смертей при консервативному лікуванні – з 8,9 % до 1,4 %, а загальну смертність з 4,7 % до 0,9 % (у 5 разів)

## ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення критеріїв імуноморфологічної оцінки ступеня активності хронічної виразки дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, що стало основою нового вирішення наукового завдання, яке полягало у виборі оптимальних строків і об'єму оперативного втручання з врахуванням прогнозу рецидиву кровотечі, поліморбідності та операційно-анестезіологічного ризику, направлено на покращання результатів лікування хворих на виразкову дуоденальну кровотечу.

1. Триваюча кровотеча виразкового генезу морфологічно проявляється ознаками прогресування альтеративного процесу з деструкцією великих артерій, реалізується первинно низьким ( $0,464 \pm 0,010$  г/л) вмістом секреторного імуноглобуліна А (SIgA) та високим темпом зниження його концентрації у найближчі 3 години. Хворі підлягають екстремним оперативним втручанням до 3 годин з моменту госпіталізації;
2. Небезпека раннього рецидиву кровотечі виникає у межах 6 – 12 годин у пацієнтів із зупиненою кровотечею, але при збереженні проявів прогресування активності виразкоутворення, з пошкодженням великих і середніх артерій дуоденальної стінки, із зниженим ( $0,515 \pm 0,011$  г/л), і високим темпом зменшення концентрації SIgA у найближчі 6 годин більш ніж на 15 % від його початкового рівня. Хворим показані термінові операції на випередження рецидиву кровотечі.
3. У хворих за умов зупиненої кровотечі, але із збереженою активністю виразкової деструкції, для якої характерним є пошкодження великих та середніх артерій стінки дванадцятипалої кишки поряд із повільним та низьким темпом зменшення вмісту SIgA у гомогенатах слизової більше ніж на 12 % від рівня при поступленні ( $0,532 \pm 0,024$  г/л) через 12, 24 або 48 годин – виникають відстрочені або пізні рецидиви кровотечі. Таким пацієнтам показані невідкладні операції у найближчі 12 – 24 або ранні відстрочені втручання протягом 24 – 48 годин;
4. Хворі із зупиненою кровотечею з виразок дванадцятипалої кишки, у яких морфологічно виявлено затухання активності виразкового процесу з деструктивними змінами дрібних судин та найвищий вміст SIgA при поступленні ( $0,686 \pm 0,015$  г/л) з поступовим зростанням його концентрації у слизовій оболонці в динаміці – підлягають консервативній терапії, в зв'язку з відсутністю небезпеки рецидиву кровотечі;
5. Поліморбідність, яка виявлена у 53,8 % пацієнтів різного віку є ведучим фактором у виникненні післяопераційних ускладнень. Оцінка поліморбідності за шкалою Detsky-Larsen-Goldman (1995) дозволяє об'єктивно встановити операційно-анестезіологічний ризик, адекватно підійти до вибору об'єму втручання та знизити його травматичність із збереженням радикальності по відношенню до виразкового субстрату;
6. При I класі операційно-анестезіологічного ризику операцією вибору є як органозберігаючі



методики, так і резекції шлунка. При II класі ризику методом вибору об'єму є органозберігаючі операції (висічення виразки, дуоденопластика і СПВ). При III і IV класах операційно-анестезіологічного ризику методом вибору вважаємо умовно-радикальні втручання на виразці з елементами малоінвазивної техніки;

7. Порівняльний аналіз тактичних підходів до вибору строків і об'єму операції в різні періоди дослідження дали змогу знизити число операцій виконаних на висоті рецидиву кровотечі з 31,7 % до 11,7 %, частоту післяопераційних ускладнень з 21,5 % до 5,8 %, рівень післяопераційної летальності з 2,4 % до 0,0 %, а загальну летальність з 4,7 % до 0,9 % .

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ**

1. Хворим на виразкову дуоденальну кровотечу в комплекс діагностичних міроприємств слід включити ендоскопічно-імунологічний моніторинг з динамічним вивченням вмісту SIgA, як провідного критерія прогнозу відновлення геморагії у ранні, відстрочені та пізні терміни ще до появи клінічних ознак останньої.
2. Для оцінки операційно-анестезіологічного ризику варто застосовувати шкалу ризику Detsky-Larsen-Goldman (1995), яка дозволяє прогнозувати перебіг раннього поопераційного періоду і на цій основі підійти до вибору адекватного об'єму операції з метою підвищення безпеки оперативного втручання за рахунок зменшення операційної травми у хворих з підвищеним операційно-анестезіологічним ризиком.
3. В оперативному лікуванні слід надавати перевагу органозберігаючим та органощадячим методикам незалежно від класу операційно-анестезіологічного ризику.
4. За умов високого (III кл. ОАР) та надмірного (IV кл ОАР) операційного ризиків – операцією вибору мають бути умовно-радикальні втручання з елементами малоінвазивної техніки, але обов'язковим видаленням виразкового субстрату, як вогнища аутоімунної агресії та джерела рецидивних кровотеч.

## **СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Дзюбановський І.Я., Гудима А.А., Луговий О.Б. Корекція постгеморагічної анемії в умовах гострої виразкової гастродуоденальної кровотечі // Шпитальна хірургія.- 1999.-№ 2.-С.32-37

2. Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Свистун Р.В., Пилипчук Р.Б., Батавіль А.М. Органозберігаючий підхід до вибору об'єму оперативного втручання при гастродуоденальних кривавлячих виразках у віковому аспекті // Вісник Морської медицини.-2001.-№2.-С.-123-126
3. Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Свистун Р.В., П'ятночка В.І., Пилипчук Р.Б. Оцінка ризику оперативних втручань та знеболення в умовах гострої виразкової гастродуоденальної кровотечі у осіб похилого та старечого віку // Науковий вісник Ужгородського університету.-Серія медицина.- 2001.-Випуск 14.- -С. 131-134.
4. Гнатюк М.С., Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Польовчик В.І. Морфометрична оцінка структурно-функціональних змін дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі // Вісник наукових досліджень.-2002.- № 1.-С.21-22
5. Дзюбановський І.Я., О.Б. Луговий. Роль ендоскопічного та імунологічного моніторингу в прогнозуванні перебігу виразкової гастродуоденальної кровотечі //Галицький лікарський вісник.-2002.-№3.-С.122-124
6. Гнатюк М.С., Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б. Імуноморфологічна та морфометрична характеристика структурних змін у дванадцятипалій кишці при виразковій хворобі, ускладненій кровотечею // Вісник наукових досліджень.- 2002.- № 4.-С.50-53
7. Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б. Вибір терміну операції при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій кровотечею в умовах поліморбідності // Хірургія України-2002.- №3.-С.12-14.
8. Деклараційний патент на винахід 39274 А UA, МКИ А 61№2/00, 5/01 Спосіб стимуляції гемопоезу у хворих на гостру гастродуоденальну кровотечу виразкового генезу / Дзюбановський І.Я., Гудима А.А., Луговий О.Б.-№99010360; Заявл. 22.01.1999; Опубл. 15.06.2001; Бюл. № 5
9. Деклараційний патент на винахід 53249 А UA, МКИ А 61В17/22. Спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки / Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Польовчик В.І.- № 2002042989; Заявл. 12.04.2002; Опубл. 15.01.2003; Бюл. № 1
10. Дзюбановський І.Я. Свистун Р.В., Ковальчук Ю.М., Луговий О.Б. Досвід хірургічного лікування виразкової хвороби. // Вісник Морської медицини.-2001.-№2.-С. 126-128.
11. Дзюбановський І.Я., А.Л.Семків, О.Б. Луговий Оцінка ризику знеболення та безпеки оперативних втручань в геріатричній хірургії. // Біль, знеболення, інтенсивна терапія.-2000.- №1(д).-С.447-448
12. Шляхи покращання післяопераційного гемопоезу у хворих гострими виразковими шлунково-кишковими кровотечами / Дзюбановський І.Я., Басистюк І.І., Гудима А.А., Шацький В.М., Луговий О.Б. // Біль, знеболення, інтенсивна терапія. – 2000.-1(д).-С.403-404.

13. Дзюбановський І.Я., Гнатюк М.С., Луговий О.Б.. Особливості морфологічної та ендоскопічної картини при кривавлячих гастродуоденальних виразках. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-2001.- Volume 5.-№1.-С.22
14. Луговий О.Б. Особливості хірургічної тактики у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею у віковому аспекті. // Матеріали XX з'їзду хірургів України.- Тернопіль,2002.- С. 94-96.
15. Луговий О.Б. Особливості локальних імунних реакцій та структурної перебудови стінки дванадцятипалої кишки в умовах виразкової кровотечі з різним клінічним перебігом. // Матеріали науково-практичної конференції хірургів Тернопілля.-Тернопіль.-2002.-С.76-78.
16. Луговий О.Б. Імуноморфоструктурна характеристика кривавлячих дуоденальних виразок. // Здобутки експериментальної та клінічної медицини.-Тернопіль, 2002. –Випуск 7.-С.154.

### **АНОТАЦІЯ**

**Луговий О.Б. Особливості хірургічної тактики у хворих на виразкові дуоденальні кровотечі в умовах поліморбідності.- Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.- Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2003.

Вивчено структурний стан локального імуноморфологічного гомеостазу периульцерозної ділянки у 159 хворих на хронічну активну виразку дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею. Проаналізовано зв'язок місцевих змін вмісту імуноглобулінів у навколовиразковій ділянці з небезпекою виникнення рецидивних кровотеч у різні терміни після зупинки першої геморагії. На основі динамічного вивчення вмісту секреторного імуноглобуліна А у біоптатах слизової оболонки дванадцятипалої кишки розроблено та апробовано у 107-и пацієнтів алгоритм вибору терміну операції з урахуванням небезпеки виникнення повторної кровотечі.

Проаналізовано ближні результати хірургічного лікування 234 пацієнтів з даною патологією. На основі застосування шкали оцінки операційно-анестезіологічного ризику Detsky-Larsen-Goldman (1995) та частоти виникнення поопераційних ускладнень розроблено алгоритм вибору об'єму операції в умовах супутньої патології у хворих на активну дуоденальну виразку, ускладнену кровотечею.

Застосування комплексного підходу до вибору терміну та об'єму операції дозволило знизити оперативну активність у 2 рази (з 64,5 до 31,7 %), кількість післяопераційних ускладнень – з 21,5 % до 5,8 % (у 3,7 рази), летальність після операцій – з 2,4 % до 0,0 %, кількість смертей

при консервативному лікуванні – з 8,9 % до 1,4 %, а загальну смертність – з 4,7 % до 0,9 % (у 5 разів) за рахунок зменшення частки невиправданих, з огляду на ризик рецидиву кровотечі, оперативних втручань.

**Ключові слова:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею; рецидивна кровотеча; локальний імунний гомеостаз; морфоструктурні особливості; хірургічна тактика.

## АННОТАЦІЯ

**Луговой О.Б. Особенности хирургической тактики у больных язвенными дуоденальными кровотечениями в условиях полиморбидности.- Рукопись.**

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия – Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2003.

Изучено состояние структурного локального иммунитета и морфологического гомеостаза периульцерозной области у 159 больных активной язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. При морфологическом, стереометрическом исследовании биоптатов дуоденальной стенки у больных кровотечащей дуоденальной язвой установлено, что при продолжающемся и рецидивирующем кровотечении глубина, агрессивность деструктивно-некробиотического поражения дуоденальной стенки в периульцерозной области значительно превышает таковые при неосложненной или язве без склонности к рецидивированию кровотечений. Об этом свидетельствовали признаки аутоиммунного артериита с преобладающим поражением крупных артерий дуоденальной стенки в группе с рецидивирующим и продолжающимся кровотечением по сравнению с остальными группами. Кроме этого, обнаружены признаки нарушения структурного гомеостаза на органном уровне, что характеризовалось нарушениями кровоснабжения, увеличением числа поврежденных эпителиоцитов, значительным ухудшением ядерно-цитоплазматических, слизисто-подслизистых и слизисто-мышечных соотношений. Изучены местные иммунные реакции дуоденальной стенки в условиях продолжающегося, рецидивирующего кровотечения и без такового. Установлено, что у больных в клиническом течении кровоточащей дуоденальной язвы рецидивных кровотечений не наблюдали, локальные иммунные реакции резко активированы, но с преобладанием синтеза ведущих защитных факторов (иммуноглобулинов А и секреторного его компонента). Напротив у пациентов с продолжающимся или рецидивирующим кровотечением наблюдали не только низкое

содержание этих факторов в слизистой двенадцатиперстной кишки, но и прогрессирующее их снижение еще до появления клинических признаков рецидива кровотечения. Вместе с тем, у этой категории больных наблюдали резкую активацию синтеза в слизистой оболочке пораженного органа иммуноглобулинов класса G и M. Этот факт указывал на коллапс факторов “первой линии защиты” слизистых и перестройку ее иммунных элементов на синтез “более эффективных”, с точки зрения защиты, иммуноглобулинов.

Базируясь на динамическом изучении содержания секреторного иммуноглобулина А у 32-х больных контрольной группы в участках слизистой оболочки двенадцатиперстной предложен и использован у 107-и больных основной группы алгоритм определения срока операции с учетом риска возникновения повторного кровотечения. Рецидивирующие кровотечения клинически и иммунологически по срокам распределены на ранние (до 6 часов после остановки), отсроченные (на протяжении 12 – 24 часов) и поздние (после 2-х суток).

В результате изучения иммуноморфоструктурных характеристик различных по клиническому течению кровоточащих язв, определены три типа активности язвенной деструкции в условиях геморрагии:

1. Активные без склонности к рецидивам геморрагии (с затухающим течением), у которых в динамике защитные (SIgA) и репаративные (диаметр ядер эпителиоцитов, высота эпителия, относительный объем поврежденных эпителиоцитов, относительный объем капилляров) процессы улучшаются, превалирует повреждение мелких и средних сосудов, что в результате незначительных расстройств микроциркуляции сопутствует сохранению и активации резервов регенерации и защиты. Последние в динамике превосходят над альтеративными факторами. То есть кровотечение возникает “в конце” активности язвы, перед началом ее заживания;
2. Активные без склонности к остановке кровотечения (с высоким темпом прогрессирования деструкции). Они характеризуются первично-высоким дефицитом не только защитных факторов, но и резервов регенерации. Геморрагия возникает в начале агрессивного альтеративного процесса с быстрым повреждением дуоденальной стенки, крупных артерий, в результате чего в поврежденном органе не успевают развернуться системы противодействия;
3. Активные с высоким риском рецидива кровотечения (с умеренным или низким темпами прогрессирования деструкции) – факторы защиты первично снижены. У данной категории в динамике от первого кровотечения защитные (SIgA) и репаративные процессы ухудшаются, но с различной скоростью, в результате повреждения всех типов артериальных сосудов и критических расстройств микроциркуляции, что дополнительно усугубляет дефицит регенераторных и защитных резервов. В данном случае язвенная деструкция на момент первого кровотечения также не достигла своего пика, но вследствие истощения резервов защиты продолжает прогрессировать и приводит к повторной геморрагии.

Проведен анализ ближайших результатов лечения 234 пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением из которых оперировано 49,7 %. Базируясь на использовании определения риска операции и анестезии по Detsky-Larsen-Goldman (1995) предложен алгоритм выбора объема операции в условиях сопутствующей патологии. Установлено, что резекционные методики сопровождаются в 5 – 7 раза большим числом осложнений в раннем послеоперационном периоде по сравнению с органосохраняющими операциями независимо от класса операционно-анестезиологического риска. Поэтому при I и II классах риска операцией выбора следует считать органосохраняющие методики, в то время как при высоком (III класс) и чрезмерном (IV класс) риска показано выполнение условно-радикальных операций с обязательным удалением язвенного субстрата и использованием малоинвазивных методик.

Использованием комплексного подхода к определению сроков и объема операции удалось снизить количество операций в 2 раза (с 64,5 до 31,7 %), количество осложнений – с 21,5 % до 5,8 % (в 3,7 раза), летальность после операций – с 2,4 % до 0,0 %, количество смертей при консервативном лечении – с 8,9 % до 1,4 %, а общую смертность – с 4,7 % до 0,9 % (в 5 раз) за счет уменьшения количества неоправданных операций.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением; рецидив кровотечения; локальный иммунитет и гомеостаз; морфоструктурные особенности; хирургическая тактика.

## THE SUMMARY

**Lugovy O.B. Features of surgical tactics for the patients with a bleeding peptic ulcer of duodenum and combined pathologies.- The Manuscript.**

Thesis on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 – Surgery – the Ternopol state medical academy by I.Y. Horbachevsky MH of Ukraine, Ternopol, 2003.

The status of structural local immunity and morphological homeostasis of area around of an active ulcer of a duodenal intestine for 159 patients complicated by a bleeding is investigated. The analysis of local changes of a contents of immunoglobulins around of a ulcer with risk of origin of a relapse of a bleeding in different periods after a stopping of the first bleeding is carried out. Being founded on dynamic learning of a contents of a secretory immunoglobulin And in sites of a mucosa duodenal is offered and the algorithm of definition of period of the operation is used for 107 patients in view of risk of origin of a repeated bleeding.

The analysis of the nearest outcomes of surgical treatment 234 patients with a ulcer of a duodenal intestine complicated by a bleeding is carried out. Being founded on usage of definition of risk of the operation and anaesthesia on Detsky-Larsen-Goldman (1995) the algorithm of choice of size of the operation in conditions of a combined pathology is offered.

Usage of the comprehensive approach to definition of time and size of the operation has lowered operating activity in 2 times (with 64,5 to 31,7 %), amount of complications from 21,5 % up to 5,8 % (in 3,7 times), lethality after operations from 2,4 % up to 0,0 %, amount of morses at conservative treatment - from 8,9 % up to 1,4 %, and common mortality from 4,7 % up to 0,9 % (in 5 times) at the expense of decrease of an amount unjustified, in view of risk of a relapse of a bleeding, operations.

**Keywords:** peptic ulcer of duodenum, complicated by a bleeding, a relapse of a bleeding, local immunity and homeostasis, morphological structural features, surgical tactics, combined pathologies.