

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА**

ЗАКІ НАДЖІБ ХАМІД НАСР

УДК:616-037:616-036.65:616.342-002:616-
005.1:616-002.44:616-058

**ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ДУОДЕНАЛЬНИХ
КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ ТА ЇХ
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ**

14.01.03 - хірургія

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2010

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Шапринський Володимир Олександрович**, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії №1.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Міщенко Василь Васильович**, Одеський державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри хірургії №1;
- доктор медичних наук, професор **Дзюбановський Ігор Якович**, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти.

Захист відбудеться „_____” _____ 2010 року о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий „_____” _____ 2010 року.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д. мед. н., професор**



С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Дуоденальні виразкові кровотечі є однією з актуальних і складних проблем ургентної хірургії. Виникнення раннього рецидиву кровотечі (РРК) займає друге місце в структурі летальності при гострій шлунково-кишковій кровотечі виразкової етіології.

Незважаючи на використання сучасних методів консервативного лікування, рецидив кровотечі виникає в 17,8 - 24,3 % випадків. Летальність при цьому досягає 33%, а післяопераційна - 19-29,4 % (Бойко В.В. і співавт., 2007; Дзюбановский І.Я., Басистюк І.І., 2007; Фомін П.Д. та співавт., 2008; Кондратенко П.Г. і співавт., 2008; Шепетко Е.Н., 2009; Авдосъев Ю.В., 2009; Das A., 2004; Behrman S.W., 2005).

Рецидив виразкової кровотечі у пацієнтів похилого та старечого віку становить 40-57 %, а летальність - 24-38%, що значно перевищує показники більш молодих груп (Бушков П.Н., 2002; Кулачек Ф.Г., 2007; Бодяк В.Ю., 2007; Братусь В.Д., 2009; Klebl F., 2005).

Основна причина смерті хворих при гострій шлунково-кишковій кровотечі - це пізно прийняте рішення про необхідність виконання операції (Саєнко В.Ф. і співавт., 2002, 2003). Тому питання про можливий рецидив кровотечі в процесі лікування залишається дуже важливим і актуальним.

Відомо, що близько 75-85 % виразкових дуоденальних кровотеч зупиняються самостійно або під дією лікувальних заходів (Гостищев В.К., Івсєєв М.А., 2004, Годлевський А.І., 2005).

Виникнення РРК з виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) після самостійної, медикаментозної або ендоскопічної зупинки кровотечі являє собою один з драматичних моментів в лікуванні гострих дуоденальних кровотеч. Майже у 90% пацієнтів РРК виникає в найближчі 24-48 годин або перші 5 діб після зупинки первинної кровотечі. Час і ймовірність виникнення РРК передбачити важко, хоча ряд факторів його виникнення відомий (Бондаренко М.М., 2001; Рибачков В.В., 2005; Zaragoza A.M., 2008).

Останнім часом все ширше стали застосовувати ендоскопічні методи зупинки кровотечі, однак при дуоденальних кровотечах їх використання нерідко обмежено через глибокі, великі виразки, виразкі "незручної" локалізації джерела кровотечі, а іноді і зовсім не є можливим використовувати ендоскопічні методи через стеноз. Крім цього РРК після застосування даного методу виникає в 30-40% випадків (Московіченко І.В., 2003; Велігоцький Н.Н., 2009).

Незважаючи на численні наукові дослідження, багато патогенетичних механізмів РРК, ще не повною мірою вивчені і до сьогодні немає єдиної думки про патогенез РРК, що могло б сприяти підвищенню ефективності консервативного лікування виразкових кровотеч та запобігання їх рецидивів. Тому дослідження патоморфологічного субстрату великих і гігантських виразок дванадцятипалої

кишки, в залежності від їх локалізації має під собою підставу. Крім цього, не розроблені чіткі прогностичні критерії РРК і відсутні високоефективні методики раннього прогнозування дуоденальної кровотечі.

Застосування гемостатичної терапії, ефективних сучасних антисекреторних препаратів, антибіотикотерапії для ерадикації *Helicobacter pylori*, різних методів ендоскопічного гемостазу поступово призвели до зменшення показань до оперативного лікування при дуоденальних кровотечах (Нікішаєв В.І. і співавт., 2007; Imhof M., Ohmann C. et al., 2005).

Однак, оперативне лікування на даний момент залишається одним з превентивних методів профілактики РРК, а хірургічна тактика, яка ґрунтується на елементах прогнозування РРК залишається на сьогоднішній день стратегією вибору лікування хворих з рецидивними кровотечами виразкової етіології.

Вибір методу хірургічного лікування при ускладнених дуоденальних виразках зумовлений бажанням хірургів, не просто досягти мінімальної частоти ускладнень і рецидивів, а і максимального поліпшення якості життя хворих після операцій (Саєнко В.Ф. і співавт., 2003; Фомін П.Д. та співавт., 2004; Міщенко В.В., 2005; Ганжий В.В., 2005).

Тому, вивчення нових аспектів патогенезу РРК, морфологічного субстрату виразок ДПК, розробка нової програми раннього прогнозування кровотечі дає можливість розробити нові критерії вибору хірургічної тактики та вибору хірургічного методу при рецидивних кровотечах дуоденальних виразок, що дасть можливість зменшити частоту післяопераційних ускладнень та летальності.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Розробка нових та удосконалення відомих методів діагностики, лікування хірургічних захворювань і пошкоджень органів черевної та грудної порожнини», номер державної реєстрації 0109V003771. Робота запланована на проблемній комісії "ХІРУРГІЯ", АМН та МОЗ України (протокол номер 9 від 08.06.2007 р).

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з рецидивними дуоденальними кровотечами виразкової етіології шляхом прогнозування рецидиву кровотечі та удосконалення тактики комплексного лікування.

Для досягнення поставленої мети передбачено вирішення наступних **завдань:**

1. Вивчити результати лікування хворих з рецидивними дуоденальними кровотечами виразкової етіології і на їх основі обґрунтувати найбільш значущі прогностичні критерії можливого виникнення рецидиву кровотечі.

2. Розробити прогностичну математичну модель визначення ризику виникнення рецидивної дуоденальної кровотечі виразкової етіології.

3. Дослідити гістологічну структуру виразок дванадцятипалої кишки в залежності від їх локалізації і розміру, ускладнених гострою рецидивною

дуоденальною кровотечею.

4. Визначити ступінь ефективності зупинки кровотечі ендоскопічним шляхом при ранньому рецидиві дуоденальної кровотечі.

5. Розробити вибір і обґрунтувати тактику оптимального способу хірургічного лікування рецидивних дуоденальних кровотеч виразкової етіології.

Об'єкт дослідження: рецидивні дуоденальні кровотечі виразкової етіології.

Предмет дослідження: Діагностика, прогнозування, профілактика та комплексне лікування рецидивних дуоденальних кровотеч виразкової етіології.

Методи дослідження: Для досягнення поставленої мети в роботі були використані загальноклінічні, лабораторні, біохімічні, гістологічні, патоморфологічні, рентгенологічні, ендоскопічні, математичні та статистичні методи дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів. Вивчено і уточнено результати лікування хворих з рецидивними дуоденальними кровотечами виразкової етіології та визначено прогностичні критерії, які обґрунтовано підвищують вірогідність рецидиву дуоденальної кровотечі.

Вперше розроблено прогностичну модель визначення ризику виникнення рецидиву дуоденальної кровотечі.

Вивчено гістологічні особливості великих і гігантських виразок дванадцятипалої кишки, залежно від їх локалізації, ускладнених рецидивною кровотечею. Визначено ступінь ефективності гемостазу ендоскопічним шляхом у відношенні до виникнення рецидиву дуоденальної кровотечі. Удосконалено спосіб екстериторизації виразки при пенетруючих виразках в поєднанні з пілоростенозом. Удосконалена тактика і вибір оптимального способу хірургічного лікування рецидивних дуоденальних кровотеч виразкової етіології.

Практичне значення роботи і впровадження в практику. На підставі результатів проведених досліджень запропонована і впроваджена в практику розроблена прогностична модель визначення ризику виникнення рецидиву дуоденальної кровотечі виразкової етіології. Впроваджено у хірургічну практику спосіб екстериторизації виразки при пенетруючих дуоденальних виразках в поєднанні з пілоростенозом. Реалізація в практичній діяльності розробленого тактичного підходу та оптимального хірургічного обсягу операції забезпечує поліпшення результатів лікування хворих з рецидивними дуоденальними кровотечами виразкової етіології.

Результати роботи впроваджені в практику і використовуються в роботі хірургічних відділень Вінницької обласної клінічної лікарні, інституті загальної та невідкладної хірургії м. Харків, Вінницької центральної районної клінічної лікарні, центральних районних лікарень Вінницької області, вузлової клінічної лікарні ст. Вінниця.

Теоретичні положення дисертації увійшли в курс лекцій та практичних занять

і використовуються в навчальному процесі на кафедрі хірургії № 1, кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Особистий внесок здобувача. Мета і завдання дисертаційного дослідження розроблені разом з науковим керівником. Автор самостійно провів патентний пошук та аналіз літературних джерел, проаналізував сучасний стан проблеми у світі і в Україні і виявив ряд невирішених питань по темі дисертації. Дисертант самостійно оглядав хворих, які надходили в клініку з дуоденальними кровотечами, контролював якість проведення лабораторних, біохімічних досліджень, брав пряму участь у лікувальному процесі (консервативному і оперативному) хворих з дуоденальними кровотечами виразкової етіології.

Спільно з доктором медичних наук, професором Очередько О.М. розробили прогностичну модель ризику виникнення дуоденальної кровотечі. Гістологічне дослідження рецидивних кровотеч виразок ДПК проведено спільно з доцентом кафедри патологічної анатомії Вернігородським С.В. Первинна обробка результатів наукової роботи, написання всіх розділів дисертації та попередні висновки зроблені самостійно. Спільно з науковим керівником проведено остаточний аналіз та узагальнення отриманих результатів, їх остаточне оформлення, обґрунтування висновків, практичних рекомендацій та основних положень роботи.

Апробація роботи. Основні положення дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на: науково-практичній конференції "Актуальні проблеми клінічної хірургії" (Київ, 2008), V та VI міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова (2008, 2009), XIII міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених (Тернопіль, 2009), клінічних конференціях Вінницького науково-практичного обласного товариства хірургів (2007, 2008).

Публікації. По темі дисертації опубліковано 8 наукових робіт, в тому числі 4 статті у фахових журналах ВАК України, 4 тези у збірнику матеріалів науково-практичних конференцій, 3 з них самостійні. Отримано 1 деклараційний патент України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 168 сторінках машинопису й складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналіз та узагальнення результатів дослідження, висновків та практичних рекомендацій. Список літератури включає 251 найменувань використаних джерел, з яких 152 кирилицею та 99 – латинкою. Робота ілюстрована 42 таблицями та 23 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. У відповідності з поставленими завданнями в основу власних досліджень були включені питання вивчення

факторів ризику виникнення дуоденальних кровотеч і на їх основі розроблялася прогностична модель визначення ризику рецидивної кровотечі. Крім цього вивчалися морфологічні зміни в зоні виразкового субстрату в залежності від різної локалізації виразки ДПК. Всі отримані дані слугували підставою для розробки нового підходу до тактики та лікування хворих з виразковою хворобою ДПК, ускладненої гострою рецидивною профузною кровотечею.

Всі досліджувані хворі перебували на лікуванні в клініці госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, яка знаходиться на базі хірургічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова (центр шлунково-кишкових кровотеч).

Всього обстежено 189 хворих з виразковими дуоденальними кровотечами. Дослідження включало в себе 104 оперованих хворих, у яких виразкова хвороба ДПК ускладнилася гострою рецидивною профузною кровотечею і 85 хворих, у яких виразкова хвороба ДПК ускладнилася кровотечею, але після проведеного лікування настав стійкий гемостаз і рецидиву кровотечі у цих хворих не спостерігалось. Ця група хворих була необхідна для того, щоб вивчити фактори ризику розвитку рецидиву кровотечі і порівняти її з аналогічною групою, у якій виник рецидив кровотечі після чого хворі були прооперовані.

Всі 104 прооперованих хворих були розділені на дві підгрупи: 1-а (група порівняння) - 62 пацієнта, 2-а (основна група) - 42, відповідно, що знаходилися на лікуванні в періоди з 2002 по 2005 рік і з 2006 по 2009 роки по 4 роки кожна група. Ці групи хворих були репрезентативні.

У процесі написання роботи були використані наступні методи дослідження: клінічне спостереження за хворими, лабораторні та біохімічні дослідження крові, фіброезофагогастроуденоскопія, оцінка тяжкості крововтрати, патоморфологічне дослідження, метод математичного моделювання можливого рецидиву кровотечі і метод математико-статистичного аналізу.

Клінічне спостереження. Після госпіталізації хворих у відділення проводилося клінічне спостереження за пацієнтами, що включало в себе вивчення анамнезу захворювання, ретельне фізикальне обстеження (загальний стан, свідомість, стан шкірних покривів, слизових оболонок, частота серцевих скорочень, частота дихання, симптоми інтоксикації і симптоми гіпоксії головного мозку). Проводилась аускультация серця, легенів, вимірювався артеріальний тиск, оцінка (колір) блювотних мас, мелени, проводилося пальцеве дослідження прямої кишки.

Лабораторні та біохімічні дослідження крові включали в себе вивчення кількості еритроцитів, лейкоцитів, гемоглобіну, гематокриту, ШОЕ. Дослідження проводили за загальноприйнятими методиками. При біохімічних дослідженнях визначали загальну кількість білка, яке було визначено рефрактометричним методом, вміст сечовини - за методом Коварського і креатиніну - за методом Яффе. Також визначали вміст у крові білірубину за Іендрасіком, досліджували згортаючу і фібринолітичну

систему крові: вміст фібриногену в сироватці крові за Рутбергом, час згортання крові за методом Лі-Уайта, протромбінова активність за методом Туголукова, толерантність плазми до гепарину за Поллером, час фібринолізу, вміст фібриногену "В", етаноловий тест і проведення аутокоагуляційного тесту на 10 хвилині за загальноприйнятими методиками.

Фіброезофогастродуоденоскопія (ФЕГДС) - це найбільш точний метод для діагностики локалізації, розмірів виразки і оцінки ступеня гемостазу. Всім хворим проводили ФЕГДС, включаючи і повторні огляди (second look). Дослідження проводили фіброгастроскоп фірми Olympus.

Хворих з кровотечею розподіляли за ступенями гемостазу відповідно до загальноновизнаної класифікації Фореста (F): F 1 – кровотеча, яка продовжується; F 1a - пульсуюча струменем кровотеча з судини в дні виразки; F 1б - дифузна, не інтенсивна кровотеча з дна виразки; F 1с - кровотеча з-під тромбу або згустку; F 2 – кровотеча, яка зупинена спонтанно, нестабільний гемостаз; F 2a - тромбована видима судина в дні виразки; F 2б - тромб в дні виразки; F 2с - дрібні тромбовані судини; F 3 - стабільний гемостаз, кратер виразки покритий фібрином; F 3a - виразковий дефект покритий фібрином; F 3б - виразковий дефект без фібрину.

Оцінка тяжкості крововтрати визначалася за класифікацією А.А. Шалімова та В.Ф. Саєнко:

I ст. - Легка крововтрата - дефіцит ОЦК до 20% (до 1000 мл),

II ст. - Середня крововтрата - дефіцит ОЦК до 20-30% (1000-1500 мл),

III ст. - Важка крововтрата - дефіцит ОЦК > 30% (понад 1500 мл).

Патоморфологічне дослідження. Дослідження проведено 36 хворим з виразковою хворобою ДПК, яка ускладнилася гострою рецидивною кровотечею. Патоморфологічний субстрат був вивчений після видалення виразок під час оперативного лікування на висоті кровотечі, крім цього вивчені секційні спостереження померлих. Забір матеріалу проводився на базі патологоанатомічного бюро Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова (зав. Музика М.Н.).

Метод математичного моделювання можливого рецидиву дуоденальної кровотечі. Для побудови моделі прогнозу рецидиву дуоденальної кровотечі був застосований логістичний регресійний аналіз. Знаходження параметрів моделі, як і тестування, гіпотези щодо їх властивостей здійснювалися в середовищі пакету Mathcad 2000 Professional s / n EN902006DS2125B (персональна версія, ліцензована Dan Kirshner & Oleksandr Ocheredko, US).

Методи математико-статистичного аналізу результатів. Для об'єктивної оцінки результатів клінічних, лабораторних та патоморфологічних досліджень дані обробляли методом варіаційної статистики. Розрахунки проводилися за допомогою стандартного програмного пакету "STATISTIKA 5.5" для Windows (належить ЦНТІТ Вінницькому національному медичному університету ім. М. І. Пирогова, ліцензійний № ХХR910A374605FA). Для оцінки достовірності

відмінностей між групами хворих застосовували критерій відповідності хі-квадрат (χ^2), тобто міру оцінки достовірності відмінностей між вибірковою сукупністю шляхом визначення відповідності між емпіричними і теоретичними розподілами чисельності груп порівняння. Однак, з огляду на різко незбалансований характер дизайну, а також невеликий загальний розмір вибірки ми супроводжували тестування гіпотез про відмінність структур точним тестом Фішера.

Комітетом з біоетики ВНМУ ім. М.І. Пирогова встановлено, що дана наукове дослідження не суперечить основним біоетичним нормам (протокол №13 від 16.09.2009 р.)

Результати дослідження та їх обговорення. На розвиток рецидиву дуоденальної кровотечі виразкової етіології впливає багато факторів. Для вивчення факторів ризику ми провели пофакторний аналіз. Спочатку ми провели монофакторний аналіз найбільш важливих факторів ризику по групах рецидивів + / -. Результати аналізу дозволяють розробити структурну форму прогностичної моделі. Крім того, вони допомагають віддиференціювати змішуючі фактори з різною композицією за зацікавленим ефектом (виникнення рецидиву кровотечі). Поряд з цими аналітичними програмами монофакторний аналіз дозволяє перевірити якісну репрезентативність (типовість) зібраного матеріалу за основними характеристиками.

Для визначення, які саме предиктори є інформативними для включення в модель прогнозу, ми використовували дисперсійні оцінки логістичної повної моделі регресії. В результаті отримано що, істотно ($p < 0,05$) впливали на ризик виникнення РДК такі фактори, як група крові (Хі-квадрат = 9,2095, $p = 0,0266$), розмір виразки (Хі-квадрат = 7,0870, $p = 0,0078$), гемостаз (Хі-квадрат = 13,7617, $p = 0,0002$), ступінь крововтрати (Хі-квадрат = 4,0459, $p = 0,0443$), ускладнення ЯБ (Хі-квадрат = 8,3900, $p = 0,0038$). Факторами з прикордонним ($p \sim 0,05$) впливом опинилися локалізація виразки (Хі-квадрат = 3,5983, $p = 0,0578$) та рівень гемоглобіну (Хі-квадрат = 3,5433, $p = 0,0598$). Тільки чинники з істотним впливом включені в модель прогнозу ризику розвитку РДК.

У результаті аналізу відмічено що, ризик РДК істотно збільшується зі збільшенням розміру виразки (враховувалися градації до 1 см - 1, до 2 см - 2, більше 2 см - 3) з коефіцієнтом моделі 1,4246, наявності ускладнень ЯБ (використані градації: ні - 1, пенетрація - 2, стеноз - 3, пенетрація + стеноз - 4, перфорація - 5, перфорація + пенетрація - 6) з коефіцієнтом моделі 0,9449, погіршенням гемостазу за Форестом (3б - 1, 3а - 2, 2с - 3, 2б - 4, 2а - 5, 1с - 6, 1б - 7, 1а - 8) з коефіцієнтом 0,6087, збільшенням ступеня крововтрати (1- перший ступінь, 2- другий ступінь, 3- третій ступінь крововтрати) з коефіцієнтом 0,5139. Ризик РДК істотно зменшується при наявності третьої групи крові з коефіцієнтом моделі - 2,1711.

Таким чином, прогностична модель за вищеназваними оцінками має вигляд:

$$r = \{1 + \exp(-regpred)\}^{-1}$$

де, r - прогнозований ризик РДК;

\exp – експонента;

regpred - регресійний предиктор виду.

$\text{regpred} = - 6,8739 + 0,6996 * \text{Група крові (1)} - 0,1418 * \text{Група крові (2)} - 2,1711 * \text{Група крові (3)} + 1,4246 * \text{Розмір виразки} + 0,6087 * \text{Гемостаз} + 0,5139 * \text{Ступінь крововтрати} + 0,9449 * \text{Ускладнення ВХДПК}$.

У дужках наведені градації предикторів, до яких відносяться коефіцієнти моделі. Якщо пацієнт має іншу градацію ознаки (група крові 4), дана градація опускається (її ефект дорівнює нулю для пацієнта). Напр., Для пацієнта з 4-ю групою крові складові формули з градаціями 1, 2, 3 груп крові опускаються, тобто $0,6996 * \text{Група крові (1)} - 0,1418 * \text{Група крові (2)} - 2,1711 * \text{Група крові (3)} = 0,6996 * 0 - 0,1418 * 0 - 2,1711 * 0 = 0$.

При оцінці прогностичної потужності моделі, її чутливості і специфічності, за відібраними предикторами, ми відзначили що, вона є високоінформативною (80%), високочутливою (на пороговому рівні 0,5 чутливість 77,5%), високоспецифічною (на пороговому рівні 0,5 специфічність 80%).

Для повсякденного ефективного використання, шкала прогнозу рецидиву дуоденальної кровотечі на момент надходження і до проведення гемостатичної терапії може бути застосована практичними хірургами в наступному вигляді (табл. 1).

Таблиця 1

Шкала прогнозу рецидиву дуоденальної кровотечі на момент поступлення до проведення гемостатичної терапії

Ступінь ризику	Прогностичні фактори
Високий (понад 70%)	Група крові O (I), розмір виразки понад 1-2см, фактори гемостазу 1б, 2а, 2б, ступінь крововтрати 2 і вище, ускладнення ВХ - пенетрація, стеноз, пенетрація + стеноз.
Середній (40% -70%)	Те ж, що і високий ступінь ризику, але: розмір виразки 1см і менше або ступінь крововтрати 1 і ускладнення ВХ- пенетрація, стеноз.
Низький (до 40%)	Те ж, що і середній ступінь ризику, але: ускладнення ВХ – ні.

У відповідності з поставленими завданнями ми проводили дослідження морфологічної структури в залежності від розміру та локалізації дуоденальних виразок, ускладнених рецидивною дуоденальною кровотечею. Результати гістологічного дослідження корелювали з клінічними даними. Морфологічні зміни слизової оболонки ДПК в наших випадках були обумовлені переважно локалізацією виразки, її розмірами і наявністю рецидиву. Відзначено що, для рецидивуючих виразок ДПК з локалізацією на задній стінці цибулини і розмірами більше 2 см в діаметрі

морфологічно були характерні неповна організація тромбів в артеріальному руслі м'язової стінки, що могло стати причиною повторних кровотеч, які спостерігалися у 78% хворих через 2 дні після госпіталізації в порівнянні з аналогічними виразками передньої стінки діаметром менше 2 см, які рецидивували рідше.

Виражене фіброзування м'язової стінки судин з різким звуженням просвіту спостерігалось в 82% випадків, що за нашими даними могло супроводжуватися повторною ішемією, приводити до рецидиву виразки і сприяти розвитку кровотечі внаслідок порушення скорочувальної здатності гладком'язових волокон.

Найбільш частими і постійними морфологічними змінами артеріальних судин в ділянці виразки є продуктивний пери-та ендартеріїт, дугоподібна деформація артерій в сторону дна виразки. Виразковий процес часто супроводжувався тромбозом артерій з подальшою організацією розвиненого тромбу і його реканалізація, що виражається в новоутворенні великої кількості кровоносних судин, які не досягали повного диференціювання, на що вказує відсутність внутрішньої еластичної мембрани і формування тонких блідо зафарбованих еластичних волокон лише у їхній адвентіції. Для країв виразкових дефектів слизової оболонки ДПК характерним була переважно лімфоцитарна інфільтрація слизової оболонки з розвитком хронічного атрофічного дуоденіту і гіперплазією бруннерових залоз.

З боку судинного русла для виразок ДПК, які ускладнилися кровотечею можна виділити наступні групи морфологічних змін: а) порушення судинної проникності у вигляді множинних крововиливів у слизовому, підслизовому шарі і в зонах фібриноїдного некрозу; б) гіперплазія інтими артерій, фіброз м'язового шару артеріол з облітерацією просвіту; в) паретичні розширені вени, венули з формуванням еритроцитарно-фібринових тромбів.

Таким чином, наявність неповної організації тромбів і вираженого фіброзу м'язової стінки судин, можуть бути морфологічними критеріями для прогнозування та попередження подальшого рецидиву кровотечі у даних хворих.

У клініці госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, яка знаходиться на базі хірургічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за період з 2002 по 2009 р., з приводу дуоденальних кровотеч виразкової етіології лікувалося 1367 хворих, серед них 918 (67%) чоловіків і 449 (33%) жінок.

За цей період оперативного лікування зазнали 104 хворих з дуоденальною кровотечею виразкової етіології, що становить 7,6%. Хворі були розділені на дві підгрупи: 1-а (група порівняння) - 62 пацієнта, 2-а (основна група) - 42, відповідно за періоди з 2002 по 2005 рік і з 2006 по 2009 роки. Дві групи хворих були репрезентативні за статтю, віком, локалізації кровоточивих виразок, операціями і ускладненнями. У відсотковому співвідношенні відповідно до загальної кількості, що надійшли в групах (795 і 572) хворих з дуоденальними кровотечами кількість операцій склало 7,8% і 7,3% (табл. 2).

За даними фіброгастроскопії середніх розмірів виразки (від 0,5 до 1 см) спостерігалися у 61 (55,8%) хворого. Пацієнтів з малими розмірами виразок (до 0,5 см) серед оперованих не було. Великих розмірів виразки (від 1 до 2 см) - були у 27 (26%) хворих, гігантські виразки (2 см і більше) - у 16 (15,4%) хворих. Серед оперованих хворих було 4 пацієнти, у яких виразка була до 3,5 см.

Таблиця 2

Розподіл оперованих хворих з РДК виразкової етіології за статтю і віком

Вік	Рік																Всього	
	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009			
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	М	Ж
до 20 р.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
21-30 р.	4	-	2	-	1	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	9	3
31-40 р.	5	1	2	-	2	-	1	-	2	1	1	-	2	-	2	-	17	2
41-50 р.	4	2	1	-	3	-	-	-	3	-	1	2	3	-	3	-	18	4
51-60 р.	3	1	2	1	3	1	2	2	2	1	1	-	4	-	1	-	18	6
61-70 р.	4	3	2	2	2	-	2	-	2	1	2	-	1	1	-	-	15	7
> 70 р.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	3
Всього:	21	8	9	3	11	1	6	3	10	5	5	3	10	1	7	1	79	25
	29		12		12		9		15		8		11		8		104	

Виразковий процес в ДПК найбільш часто мав бульбарну локалізацію у 66 (63,5%) випадків, постбульбарну - у 36 (34,6%) і юкстапапілярну - у 2 (1,9%) пацієнтів (табл. 3). Локалізація рецидивних кровоточащих дуоденальних виразок по колу ДПК була наступною: верхня стінка спостерігалася у 18 (17,3%) випадках, задньо-верхня стінка - 29 (27,9%), по задній стінці - у 23 (22,1%), по задньо-нижньої - у 12 (11,5%) пацієнтів. Лише у 10 (9,6%) пацієнтів виразки були розташовані на передній стінці.

Таблиця 3

Розподіл хворих за локалізацією виразкового процесу залежно від розмірів виразки

Вид виразки	Розмір виразки, см						Всього	
	0,5 – 1		1 – 2		2 см і більше			
	Абс. к	%	Абс. к	%	Абс. к	%	Абс. к	%
Бульбарний	41	39,4	15	14,4	10	9,6	66	63,5
Постбульбарний	20	19,2	10	9,6	6	5,8	36	34,6
Юкстапапілярний	-	-	2	1,9	-	-	2	1,9
Всього:	61	58,6	27	26,0	16	15,3	104	100,0

У 12 (11,5%) хворих провести розподіл по локалізації виразки було неможливо оскільки виразковий процес займав 2 / 3 окружності ДПК (від верхньо-передньої стінки захоплюючи всю задню і нижню до передньо-нижньої стінки, тобто субциркулярно). Близько 90,4% хворих крім рецидивної дуоденальної кровотечі мали місце також ускладнення, як пенетрація виразки в різні органи, стеноз в різного ступеня вираженості та поєднання кровотечі з перфорацією. Таким чином, бульбарна локалізація виразок достовірно частіше за все ускладнювалася стенозом у порівнянні з постбульбарною локалізацією виразок ($p < 0,05$). Ступінь вираженості якої було важчий, ніж постбульбарної. Пенетрують виразки достовірно частіше ($p < 0,05$) всього при постбульбарній локалізації виразкового процесу і частіше за все з пенетрацією в головку підшлункової залози.

При ФЕГДС на момент госпіталізації було встановлено різний ступінь гемостазу. Так, кровотеча тривала (F1a, F1б) у 29 (27,9%) хворих. У решти 75 (72,1%) хворих кровотеча зупинилася самостійно (спонтанно). Нестабільний гемостаз (F2a, F2б, F2с) було виявлено у 60 (57,7%) пацієнтів, стабільний гемостаз (F3) - у 15 (14,4%) хворих. Кількість хворих, що надійшли із тривалою кровотечею було достовірно ($p < 0,05$) більшим при постбульбарній локалізації виразки, і навпаки, нестабільний гемостаз і стабільний гемостаз спостерігався у пацієнтів з бульбарною локалізацією виразки. Юкстапапілярні виразки відмічені по одному випадку у групі із триваючою кровотечею і нестабільним гемостазом.

Під час надходження за ступенем важкості крововтрати, хворі розподілялися наступним чином: для постбульбарних і юкстапапілярних виразок був характерний більш важкий ступінь тяжкості кровотечі. З локалізацією виразок в бульбарному відділі спостерігався більш рівномірний розподіл тяжкості крововтрати з невеликою перевагою важкого ступеня. Для всіх локалізацій виразок важкий ступінь крововтрати з переходом в геморагічний шок склав 64 (61,5%) пацієнтів.

Лікування всіх хворих починалося з застосування консервативної терапії, яка включала в себе гемостатичну, інфузійну, антибактеріальну, антисекреторну, блокатори протонної помпи і за показаннями гемотрансфузійну терапію. У 46 хворих ми застосовували ендоскопічну гемостатичну терапію (ЕГТ). Вона полягала у використанні ін'єкційних методів і кліпування. Серед проведених нами методик ЕГТ застосовували ін'єкційну терапію 0,9% розчином хлориду натрію, 0,001% розчином адреналіну, новокаїнової (0,5%) і спиртової (70%) сумішшю в співвідношенні 1:1, крім цього застосовували кліпування судини в дні виразки.

Показаннями до проведення ЕГТ були кровотеча з виразки у вигляді підтікання крові (F 1б) і кровотеча, що зупинилась спонтанно: у дні виразки тромбована судина (F 2a) або наявність в дні виразки фіксованого тромбу (F 2б). В I групі ЕГТ проводилося з метою зупинки кровотечі, у II групі з метою профілактики рецидиву кровотечі (табл. 4).

Рецидив кровотечі виник у 10 (21,7%) хворих обох груп. Серед першої групи у 5 (38,4%) випадків, у II групі у 5 (15,1%). При проведенні аналізу розвитку рецидиву кровотечі в залежності від застосовуваної методики ЕГТ бачимо, що у випадку кровотечі, яка продовжується найкращий гемостатичний ефект був досягнутий де використовували ендоскопічну ін'єкційну терапію 0,001% адреналіном, у II групі хворих найкращий гемостатичний ефект досягався після застосування ін'єкційної терапії 0,001% адреналіном і кліпування судини у виразці.

Таблиця 4

**Результати застосування ЕГТ в лікуванні дуоденальних виразок,
ускладнених кровотечею**

		I група		II група			
		F 1 б		F 2 а		F 2 б	
		всього	рецидив	всього	рецидив	всього	рецидив
ЕГТ	0,9% р-н NaCl	2	1	3	1	3	0
	0,001% р-н адреналіну	6	2	5	1	5	0
	Спирт етиловий (70%) Новокаїн (0,5%) суміш 1:1	2	1	4	1	5	1
Ендоскопічне кліпування		3	1	4	1	4	0
Всього:		13	5	16	4	17	1

Оперативні втручання при дуоденальних локалізаціях виразок відзначалися великою варіабельністю методик і підходів у залежності від її характеристики і головним чином від місця розташування виразкового дефекту. Найчастіше виконувалися органозберігаючі операції: висічення виразки або екстериторизація виразки в поєднанні з одним із видів ваготомії (77,9%). Резекції шлунка склали 13,5% (було прооперовано 14 пацієнтів). Перевагу віддаємо операціям за першим способом Більрота. В одному випадку (0,96%) у вкрай тяжкого пацієнта було виконано прошивання судини, що кровоточить у виразці, і дуоденопластика. При юктапапілярних виразках виконували дуоденопластику з трансдуоденальним траспапілярним дренажуванням холедоха. У разі залучення до виразкового процесу великого дуоденального сосочка (ВДС) при великих і гігантських виразках виконали реімплантацію ВДС в ДПК (табл. 5).

У нашому дослідженні ми спостерігали, що у 90,4% оперованих мали місце поєднані з кровотечею ускладнення як пенетрація і стеноз. У зв'язку з цим ми запропонували і проводили у 26 хворих новий спосіб дуоденопластики, при якому одно-

часно висікали виразку і ліквідували її ускладнення (деклараційний патент України на корисну модель № 38872 від 26.01.2009 р). Суть способу полягає в тому що, після екстериторизації виразки зшивали медіальну стінку шлунка та ДПК серо-серозними швами. Потім на відміну від загальноприйнятих методик, ми поперечно розсікали тканини шлунка та ДПК (усі шари) по обидві сторони, паралельно уздовж серо-серозних швів на необхідний діаметр, таким чином висікали виразку і ліквідували стеноз.

Таблиця 5

Структура оперативних втручань

Вид операції	Бульбарні		Постбульбарні		Юкстап-пілярні		Всього	
	Абс.к	%	Абс.к	%	Абс.к	%	Абс.к	%
Висічення або екстериторизація, пілородуоденопластика + СтВ.	16	15.4	6	5.8	-	-	22	21.2
Висічення або екстериторизація, дуоденопластика + СтВ.	10	9.6	15	14.4	-	-	25	24
Висічення або екстериторизація, пілородуоденопластика + СелВ.	14	13.5	4	3.8	-	-	18	17.3
Висічення або екстериторизація, дуоденопластика + СелВ.	9	8.7	7	6.7	-	-	16	15.4
Висічення або екстериторизація, пілородуоденопластика	3	2.9	-	-	-	-	3	2.9
Висічення або екстериторизація, дуоденопластика	2	1.9	1	0.96	1	0.96	4	3.8
Прошивання кров. судини в дні виразки, дуоденопл.	-	-	1	0.96	-	-	1	0.96
Резекція шлунка по БІ	9	8.7	-	-	-	-	9	8.7
Резекція шлунка по БІІ	3	2.9	2	1.9	-	-	5	4.8
Пересадка ВДС + транспапілярне дренивання холедоха, дуоденопластика, ГЕА + ЕЕА	-	-	-	-	1	0.96	1	0.96
Всього:	66	63.5	36	34.6	2	1.9	104	100,0

Післяопераційні ускладнення, які виникли у оперованих хворих були різноманітними і перш за все пов'язані зі складністю оперативного втручання, у хворих з постбульбарними і юктапапілярними виразками. Загальна кількість ускладнень, що пов'язані з перенесеним безпосередньо оперативним втручанням, в обох групах виникли у 33 (31,7%) хворих. Внаслідок маніпуляцій у зоні підшлункової залози у 8 хворих виник післяопераційний панкреатит, а у 2 з них панкреонекроз, який став в подальшому причиною таких ускладнень як неспроможність швів (5), кукси ДПК (3), анастомозит (2), ще у 2 пацієнтів виник підпечінковий абсцес, нагноєння післяопераційної рани було у 4 хворих. Інша група ускладнень, яка найчастіше розвивалася на тлі дуоденальної кровотечі та геморагічного шоку включала в себе серцево-судинну недостатність і респіраторний дистрес синдром дорослих (РДСД) у 1, післяопераційна пневмонія розвинулася у 5, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) у 2 випадках (табл.6).

Таблиця 6

**Післяопераційні ускладнення у оперованих хворих з рецидивною
дуоденальною кровотечею**

Вид ускладнення	Бульбарні		Постбульбарні		Юктапапілярні		Всього	
	Абс.к	%	Абс.к	%	Абс.к	%	Абс.к	%
Неспроможність швів ДПК	2	1.9	3	2.9	-	-	5	4.8
Неспроможність кукси ДПК	1	0.96	2	1.9	-	-	3	2.9
Післяопераційний панкреатит	2	1.9	2	1.9	2	1.9	6	5.8
Післяопераційний панкреонекроз	-	-	2	1.9	-	-	2	1.9
Нагноєння післяопераційної рани	2	1.9	2	1.9	-	-	4	3.8
Анастомозит	2	1.9	-	-	-	-	2	1.9
Евентрація	-	-	1	0.96	-	-	1	0.96
Підпечінковий абсцес	1	0.96	1	0.96	-	-	2	1.9
Післяопераційна пневмонія	2	1.9	3	2.9	-	-	5	4.8
ТЕЛА	1	0.96	1	0.96	-	-	2	1.9
Серцево-судинна недостатність, РДСД	-	-	1	0.96	-	-	1	0.96
Всього:	13	12.5	18	17.3	2	1.9	33	31,7

Нами проведено порівняння результатів лікування хворих з виразковою хворобою ДПК, у яких настав рецидив дуоденальної кровотечі. Хворі оперувалися: I група - з 2002 по 2005 рр. - 62 пацієнта, у яких застосовувалася активно-вичікувальна тактика, і II група - з 2006 по 2009 рр. - 42 хворих, у яких застосовано тактику відповідно до локалізації виразкового процесу. При бульбарних і постбульбарних виразках індивідуальна активно-вичікувальна тактика, а при юкстапапілярних - активно-вичікувальна і раціональна.

В результаті відмічено, що кількість прооперованих хворих до загальної кількості хворих з дуоденальною кровотечею знизилася з 7,8 до 7,3 %. Післяопераційні ускладнення знизились з 33,9 до 28,6 %. Відзначено зменшення загальної летальності з 20,6 до 14,3 %. Післяопераційна летальність знизилася з 14,5 до 9,5 %. Зменшення показника післяопераційної летальності обумовлено більш раціональним та індивідуальним підходом до вибору методу хірургічного лікування у хворих з виразковою хворобою ДПК, ускладненою РДК. Завдяки застосуванню обраної тактики лікування, летальність серед неоперованих також знизилася з 21,2 до 14,7 % (табл. 7).

Таблиця 7

Порівняльна оцінка результатів лікування хворих

	I група активно- вичікувальна тактика		II група індивідуальна раціональна активно- вичікувальна		Всього	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%	Абс. к.	%
Загальна кількість оперованих хворих	62	7,8	42	7,3	104	7,6
Післяопераційні ускладнення	21	33,9	12	28,6	33	31,7
Післяопераційна летальність	9	14,5	4	9,5	13	12,5
Летальність серед неоперованих хворих	155	21,2	78	14,7	233	18,4
Загальна летальність	164	20,6	82	14,3	246	18

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні проведено теоретичне узагальнення та рішення наукової задачі, яка полягає в поліпшенні результатів лікування хворих з рецидивними дуоденальними кровотечами виразкової етіології шляхом прогнозування ризику рецидиву дуоденальної кровотечі і удосконалення тактики комплексного лікування таких хворих. Це завдання вирішено комплексом

клінічних, лабораторних, біохімічних, морфологічних, ендоскопічних, математичних, статистичних методів дослідження.

1. Обґрунтувавши найбільш значущі прогностичні критерії можливого виникнення рецидиву дуоденальної кровотечі встановлено, що істотно ($p < 0,05$) впливають на рецидив кровотечі такі фактори як: розмір виразки, ступінь гемостазу, ступінь крововтрати, ускладнення виразкової хвороби ДПК і група крові. Всі перераховані фактори підвищують ризик виникнення рецидиву дуоденальної кровотечі, крім другої і третьої груп крові, які навпаки зменшують ризик його виникнення.

2. Розроблена прогностична математична модель визначення ризику розвитку рецидиву дуоденальної кровотечі є високоінформативною (80 %), високочутливою (на пороговому рівні 0,5 чутливість 77,5 %), високоспецифічною (на пороговому рівні 0,5 специфічність 80 %).

3. Для рецидивних виразок з локалізацією субстрату на задній стінці ДПК і розмірами 2 см і більше, морфологічно характерними були неповна організація тромбів в артеріальному руслі м'язової стінки, що може стати причиною рецидиву кровотечі, яка відмічена у 78 % хворих в порівнянні з виразками передньої стінки і розмірами до 1 см, які рецидивували значно рідше. Спостерігалася виражена лімфоцитарна інфільтрація слизової оболонки з розвитком атрофічного дуоденіту і гіперплазією бруннерових залоз і фіброзування м'язової стінки судин з різким звуженням просвіту в 82 % випадків, що призводило до рецидиву внаслідок порушення скорочувальної здатності гладком'язових волокон. Неповна організація тромбів і виражений фіброз м'язової стінки можуть бути морфологічними критеріями для прогнозування та попередження РДК.

4. Ендоскопічна гемостатична терапія показана всім хворим (при можливості її виконання з ознаками триваючої кровотечі і нестабільним гемостазом). Рецидив кровотечі після ендоскопічних методик гемостазу виник у 38,4 % хворих (F1б) і з нестабільним гемостазом (F2a - F2б) - у 15,1 %. Ендоскопічний гемостаз часто не досягає своєї мети у хворих з великими і гігантськими виразками, у зв'язку з цим має розглядатися як тимчасовий етап підготовки до операції або проводиться хворим з дуже високим ризиком оперативного втручання.

5. Виразковий процес в ДПК найбільш часто (63,5 %) мав бульбарну локалізацію і достовірно частіше ($p < 0,05$) ускладнювався стенозом у порівнянні з постбульбарною локалізацією. Постбульбарні і юктапапілярні виразки зустрічалися в 34,6 % і 1,9 % відповідно і достовірно ($p < 0,05$) частіше ускладнювалися пенетрацією.

6. Найбільш доцільною тактикою лікування хворих з виразковою хворобою ДПК, ускладненою РДК є індивідуальна, раціональна, активно-вичікувальна тактика з виконанням органозберігаючих операцій (видалення або екстериторизація виразки) в поєднанні з одним із видів ваготомії, що дозволило

знизити кількість оперованих хворих з 7,8 до 7,3 %, кількість післяопераційних ускладнень з 33,9 до 28,6 % і післяопераційну летальність з 14,5 до 9,5 %.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Всім хворим з профузною дуоденальною кровотечею виразкової етіології необхідно виконати екстрену ФЕГДС, та за розробленою прогностичною шкалою визначити ймовірність виникнення рецидиву кровотечі.

2. Оперативне лікування показано в екстреному порядку всім хворим з кровотечею, що продовжується, при неефективності ендоскопічних та консервативних методів лікування, рецидиві кровотечі у стаціонарі.

3. Оперативне лікування на висоті рецидиву кровотечі виразкової етіології повинно бути патогенетично направленим, органозберігаючим, яке б зумовило не тільки зупинку кровотечі, а й попередження розвитку пептичних виразок у післяопераційному періоді.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Виразкова хвороба, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею-невирішені питання сьогодення (огляд літератури) / В. О. Шапринський, О. А. Камінський, І. В. Павлик, Закі Наджіб Хамід Наср // Харківська хірургічна школа. - 2008. - № 2. - С. 65-71. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, статистична обробка та узагальнення отриманих результатів, проведений провів аналіз літератури та оформлення публікації до друку).*

2. Шапринський В. О. Сучасні аспекти діагностики та лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею / В. О. Шапринський, О. А. Камінський, Закі Наджіб Хамід Наср // Шпитальна хірургія. - 2008. - № 4. - С. 139-141. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, аналіз літературних джерел, статистична обробка та узагальнення отриманих результатів, формулювання основних висновків).*

3. Ентеральне забезпечення хірургічних хворих після операцій на верхніх відділах травного тракту / В. О. Шапринський, І. І. Мітюк, В. Ф. Кривецький, Закі Наджіб Хамід Наср // Шпитальна хірургія. - 2008. - № 3. - С. 68-70. *(Здобувачем проведений огляд літератури, аналіз клінічних спостережень, узагальнення результатів дослідження).*

4. Шапринський В. О. Досвід використання препарату латрен в післяопераційному періоді у хірургічних хворих / В. О. Шапринський, М. Л. Гомон, Закі Наджіб Хамід Наср // Український журнал хірургії. - 2008. - № 2.- С. 102-104. *(Здобувачем проведений аналіз клінічних спостережень та літературних джерел, узагальнення отриманих результатів та їх статистична обробка).*

5. Пат. № 38872 Україна, МПК А61 В17/00. Спосіб дуоденопластики при локалізації виразки на задній стінці дванадцятипалої кишки / Шапринський В. О.,

Шапринський Є. В., Закі Наджіб Хамід Наср; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. – №u200809544 ; заявл. 21.07.2008 ; опубл. 26.01.2009, Бюл. № 2. *(Здобувачем проведений клінічні спостереження, огляд та аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, формулювання висновків; оформлення роботи до друку).*

6. Хірургічне лікування дуоденальної виразки, ускладненої кровотечею / В. О. Шапринський, О. А. Камінський, В. Ф. Білощицький, Закі Наджіб Хамід Наср // Клінічна хірургія. - 2008. - № 4-5. - С. 37. *(Здобувачем проведений провів клінічні спостереження, аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, статистичну обробку результатів дослідження).*

7. Закі Наджіб Хамід Наср. Алгоритм лікувальної тактики хворих на шлунково-кишкову кровотечу виразкової етіології / Закі Наджіб Хамід Наср // Молодь та медицина майбутнього : матеріали V міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених, 2-3 кв. 2008 р. – Вінниця, 2008. - С. 126.

8. Закі Наджіб Хамід Наср. Особливості хірургічного лікування пенетруючих виразок 12-п кишки в поєднанні з стенозуванням / Закі Наджіб Хамід Наср // Сьогодення та майбутнє медицини : матеріали VI міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених, 9-10 кв. 2009 р. – Вінниця, 2009. - С. 239.

9. Закі Наджіб Хамід Наср. Гістологічні особливості виразок 12-палої кишки ускладненою кровотечею : матеріали XIII міжнар. наук. конгр. студентів та молодих вчених, 27-29 кв. 2009 р. / Закі Наджіб Хамід Наср. – Тернопіль, 2009. - С. 65.

АНОТАЦІЯ

Закі Наджіб Хамід Наср. Прогнозування рецидиву дуоденальних кровотеч виразкової етіології та їх комплексне лікування. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. - Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця, 2010.

Дисертаційна робота присвячена прогнозуванню рецидиву дуоденальних кровотеч виразкової етіології та їх комплексному лікуванню. Проведено дослідження 189 хворих з дуоденальними кровотечами виразкової етіології, що знаходилися на лікуванні в клініці госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Хворі були розділені на дві групи. 1 група (основна) - 104 хворих, у яких виник рецидив кровотечі, із чого були прооперовані, і 2 група (контрольна) - 85 хворих без рецидиву, лікувалися консервативно. У результаті дослідження були визначені прогностичні критерії, які обґрунтовано, підвищують ризик рецидиву дуоденальної кровотечі, і на їх основі розроблено прогностичну модель і шкалу визначення ризику його виникнення. На підставі вивчення гістологічної структури дуоденальних кровоточивих виразок, були встановлені морфологічні критерії рецидиву

кровотечі. У роботі вдосконалений спосіб екстериторизації виразки при пенетруючих виразках в поєднанні з пілоростенозом, а також вдосконалена тактика і вибір оптимального способу хірургічного лікування рецидивних дуоденальних кровотеч виразкової етіології, що призвело до поліпшення результатів лікування.

Ключові слова: дуоденальні виразкові кровотечі, прогнозування рецидиву, прогностична модель, хірургічне лікування, тактика лікування.

АННОТАЦІЯ

Заки Наджиб Хамид Наср. Прогнозирование рецидива дуоденальных кровотечений язвенной этиологии и их комплексное лечение. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Винница, 2010.

Диссертационная работа посвящена прогнозированию рецидива дуоденальных кровотечений язвенной этиологии и их комплексное лечение. Проведены исследования 189 больных с дуоденальным кровотечением язвенной этиологии, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова. Больные были разделены на две группы. 1 группа (основная) – 104 больных, у которых возник рецидив кровотечения, из за чего были прооперированны, и 2 группа (контрольная) – 85 больных без рецидива, лечились консервативно. Контрольная группа больных была необходима для изучения факторов риска развития рецидива кровотечения и разработки прогностической модели.

В результате исследования были определены прогностические критерии, которые обоснованно повышают риск рецидива дуоденального кровотечения. Установлено, что существенно влияют на рецидив кровотечения такие факторы как: размер язвы, степень гемостаза, степень кровопотери, осложнения язвенной болезни ДПК и группа крови.

С помощью логистической полной модели регрессии была разработана прогностическая модель и шкала определения степени риска возникновения дуоденального кровотечения.

На основании изучения гистологической структуры дуоденальных кровоточащих язв, в зависимости от их размеров и локализации, были установлены морфологические критерии риска рецидива кровотечения.

У 46 пациентов с дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии применялась эндоскопическая гемостатическая терапия. Она заключалась в использовании инъекционных методов и клипировании. При оценки эффективности эндоскопических методов гемостаза установлено, что наилучший

эффект был достигнут там, где была применена инъекция 0,001% раствором адреналина в дне язвы.

Отмечено что, наиболее целесообразной тактикой лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной рецидивным дуоденальным кровотечением, является индивидуальная, рациональная, активно-выжидательная тактика с выполнением органосохраняющих операций (иссечение или экстериторизация язвы) в сочетании с одним из видов ваготомии.

В работе усовершенствован способ экстериторизации язвы при пенетрирующих язвах в сочетании с пилоростенозом, а также усовершенствована тактика и выбор оптимального способа хирургического лечения рецидивных дуоденальных кровотечений язвенной этиологии, что привело к улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: дуоденальное язвенное кровотечение, прогнозирование рецидива, прогностическая модель, хирургическое лечение, тактика лечения.

SUMMARY

Zaki Nageeb Hamid Nasr. Prediction of recurrence of duodenal ulcer bleeding and their management. - Manuscript.

Thesis for obtaining the PhD degree of medical sciences in specialty 14.01.03 - surgery. - Vinnitsa National Pirogov Medical University, Vinnitsa, 2010.

The dissertation is devoted to the prediction of recurrence of duodenal ulcer bleeding, and their management. 189 patients were examined with duodenal ulcer bleeding, who were treated at the hospital surgery clinic, Vinnitsa National Pirogov Medical University. Patients were divided into two groups. 1 group (case) - 104 patients, in whom relapse of bleeding appeared, because of what had been operated on, and group 2 (control) - 85 patients without recurrence, were treated conservatively. The study identified prognostic criteria, which are justified, increase the risk of recurrence of duodenal bleeding, and on that basis developed a predictive model and scale determination of the risk of its occurrence. Based on the study of histological structure of duodenal bleeding ulcers, were established morphological criteria for recurrence of bleeding. We improved the method of exteriorisation of penetrated ulcers in combination with pylorostenosis. Also we improved tactics and surgical treatment choice of recurrent duodenal ulcer bleeding, leading to improve health outcomes.

Key words: duodenal ulcer bleeding, predicting relapse, the predictive model, surgical treatment, treatment tactics.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:

ВДС	- великий дуоденальний сосок
ВХ	- виразкова хвороба
ДПК	- дванадцятипала кишка
ЕГТ	- ендоскопічна гемостатична терапія
ОЦК	- об'єм циркулюючої крові
РДК	- рецидив дуоденальної кровотечі
РРК	- ранній рецидив кровотечі
ФЕГДС	- фіброезофагогастродуоденоскопія
F	- ендоскопічні стигмати за Форестом

Підписано до друку 28.12.2009 р. Замовл. № 1038.
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Тираж 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

