

SUMMARY

SURGICAL ANATOMY OF THE PAPILLARY REGION

Slobodian O.M., Akhtemiichuk Yu.T., Manchulenko D.H., Slobodian I.V.

A bibliographical study of the surgical anatomy of the papillary region is indicative of variable topography of the major and minor papillae of the duodenum, the latter being a consequence of spatial-temporal transformations at the stages of ontogenesis. The findings pertaining to the morphostructural formation of the major duodenal papilla are debatable and controversial. The skeletopia and micromacroanatomy of the constituents of the papillary region haven't been studied during the prenatal period of ontogenesis.

Key words: papillary region, duodenal major papilla, anatomy, human

УДК 616-005.1:616.33/.342-0025]-036.1.88

АНАЛІЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Фомін П.Д., Запорожан С.Й.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ; Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль

РЕЗЮМЕ: в статті автор аналізує результати лікування у 5138 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами та причини летальності в осіб похилого і старечого віку.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, фіброгастродуоденоскопія

Вступ. Незважаючи на досягнення сучасної гастроентерології, пов'язані з використанням антиульцерозної фармакотерапії, кількість хворих із гастродуоденальними кровотечами фактично залишається незмінною [1, 7, 9]. Тому діагностика і лікування гострих, виразкових гастродуоденальних кровотеч на сьогоднішній день залишається актуальним питанням невідкладної хірургії.

За останні десятиріччя спостерігається незначний ріст захворюваності виразкової хвороби шлунка і ДПК серед країн Європи і США. Ріст захворювання пов'язують з урбанізацією, забрудненням довколишнього середовища [1].

За останніми даними виразковою хворобою шлунка і ДПК хворіє майже 10% населення планети [6]. Так, в Україні станом на 2005 рік зареєстровано 473 602 хворих на виразкову хворобу шлунка і ДПК, що складає 156,3 випадку на 10 000 населення [8]. Виразкова хвороба шлунка і ДПК характеризується великою частотою загострень та ускладнень в тому числі і кровотеч [1, 6, 7].

Гострі шлунково-кишкові кровотечі виразкового генезу залишаються складною і досі не вирішеною медичною проблемою [4]. Щороку в Україні фіксується 25 тис. госпіталізацій з приводу шлунково-кишкових кровотеч [7]. Більш як 4,5 тис пацієнтів щорічно переносять оперативні втручання з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкової етіології. Поряд з цим стабільним залишається рівень летальності при виразковій кровотечі, який сягає від 3,5 до 15% [5, 7, 8, 9]. За останній період часу у більшості країн світу спостерігається постаріння вікових груп з виразковою хворобою шлунка і ДПК [1].

Слід відзначити, що у людей похилого і старечого віку розвиток виразкової хвороби, як правило, відбувається за двома варіантами.

В першому варіанті пацієнти хворіли виразковою хворобою в молодому і зрілому віці, отримали консервативну терапію в амбулаторних та стаціонарних умовах. В цьому випадку не виникає труднощів у діагностиці клінічних проявів виразкової хвороби.

В другому варіанті, коли захворювання виникає у похилому і старечому віці, крім основної патогенетичної ланки, незалежно від збудника *helicobacter pylori* важливе значення відіграють фактори зниження захисних властивостей слизової оболонки шлунка і в першу чергу атеросклеротичні зміни стінки судин, які в свою чергу зменшують трофіку слизової оболонки. Малосимптомність і стертість клінічної картини виразкової хвороби в похилому і старечому віці є важкою за перебігом, ніж у хворих в молодому та зрілому віці, особливо, коли йде мова про кровотечу.

Матеріали та методи. Дослідження проводили за результатами лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами, які лікувались в Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч ЦРКЛ №12 м.Київ з 1998 по 2006 рр. За цей час проліковано 5138 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами. 4666 пацієнтів (90,8%) проліковано консервативними методами, включаючи ендоскопічні методи гемостазу та лікування, а 472 хворим (9,2%) проведено оперативне лікування. Метою нашого дослідження було вивчення причин, помилок та ускладнень, які виникали при діагностиці виразкових гастродуоденальних кровотеч осіб похилого і

старечого віку в умовах спеціалізованого хірургічного стаціонару. Важкість у діагностиці та лікуванні гастродуоденальних кровотеч в осіб похилого і старечого віку визначається тим, що хвороба протікає на тлі вікових змін і супутньої патології, що в значній мірі погіршує прогноз. Нами проана-

лізовано 2450 історії хвороб пацієнтів, госпіталізованих з 1998 по 2006 рр. в спеціалізований хірургічний стаціонар. Серед обстежених 1053 пацієнтів (43%) були у віці 61-95 років, з них померло 177 пацієнтів (7,2%).

Таблиця 1

Померлі в динаміці від гастродуоденальних кровотеч

Вік	1998 р.	1999 р.	2000 р.	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.
24-60	3	6	8	4	-	5	4	6	6
61-95	12	13	12	16	16	18	17	15	16

Із 177 померлих пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами 42 пацієнтів (23,7%) були у віці 24-60 років, 135 померлих (76,3%) були у віці 61-95 років. За локалізацією виразковий дефект було діагностовано: 62 (35%) пацієнти в ДПК, 12 (7%) – в шлунку +ДПК, а в шлунку – 103 (58%). В групі 135 померлих пацієнтів у віці 61-95 років у 105 (77,8%) хворих локалізацію виразкового дефекту

спостерігали у шлунку, у 20 (14,8%) пацієнтів у ДПК, а у 10 (7,4%) – спостерігали шлунок+ДПК.

Шлункові виразки частіше зустрічали в субкардіальному відділі (85,7%), а дуоденальні – на задній стінці ДПК (94,5%). При співставленні результатів ендоскопічного дослідження виявлено залежність розмірів виразкового дефекту віку хворого.

Таблиця 2

Розміри виразкового дефекту у пацієнтів різних вікових груп

Розмір виразкового дефекту	Вік							
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
0,7-1 см	1	5	8	10	5	2	2	-
1,1-5 см	4	4	6	4	51	48	17	10

У 126 померлих пацієнтів (71,2%) розмір виразкового дефекту становив 1,1-5 см, а в у 9 (6,8%) – розмір виразкового дефекту становив 0,7-0,8 см.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі пацієнти у віці 61-95 років були госпіталізовані в центр ШКК з ознаками шлунково-кишкової кровотечі за направленням карети швидкої допомоги. Під час транспортування в спеціалізований хірургічний стаціонар 153 (86,4%) пацієнтам проводилась симптоматична хірургія: введення серцевих препаратів, гемостатична терапія, вимірювання артеріального тиску, холодна грілка на живіт. 24 (13,6%) пацієнтам проводилась кровозупинна (інфузійна терапія: інгібітори протонної помпи), свіжозаморожена плазма, противиразкова терапія, замісна терапія.

У 83 пацієнтів, госпіталізованих у хірургічний стаціонар, тривалість захворювання (з моменту клінічних проявів кровотечі) становила від 24 год. 3 діб. У 12 хворих, госпіталізованих у хірургічну клініку з важким ступенем геморагічного шоку, не дивлячись на комплекс реанімаційно-лікувальних заходів смерть наступила до 4 годин із моменту госпіталізації. Із 177 померлих пацієнтів із гастро-

дуоденальними кровотечами 16 проведено оперативне втручання. Серед оперованих пацієнтів причиною смерті у 4 були тромбоемболічні ускладнення; у 3 пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді на тлі ішемічної хвороби серця, розвинувся інфаркт міокарда. У 4 пацієнтів на 3-4 добу розвинулась масивна кровотеча на тлі тотального геморагічного гастриту. А у 3 пацієнтів на 5-6 добу після операції розвинулась гостра печінково-ниркова недостатність.

161 хворому оперативні втручання були протипоказані через важкість геморагічного шоку та важкої супутньої патології.

Із супутньої патології в осіб похилого і старечого віку з виразковими гастродуоденальними кровотечами переважали хвороби серцево-судинної системи – у 95 пацієнтів, дихальної системи – у 35 пацієнтів, цукровий діабет – 10 пацієнтів, захворювання печінки – у 8 пацієнтів, онкологічні захворювання – 7 хворих, захворювання органів сечовиділення – 6. Серед захворювань органів серцево-судинної системи домінували: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, ССН II, III ступеня. Серед захворювань органів дихання: хронічні обструктивні бронхіти на тлі емфіземи ле-

гень, легенева недостатність – II, III ступенів, туберкульоз легень, цукровий діабет II,III типу в стадії декомпенсації.

Для 23 пацієнтів старого та похилого віку з декомпенсованою супутньою патологією та ускладненою гастродуоденальною кровотечею, незворотний геморагічний шок був для них фатальним.

Таблиця 3

Залежність супутньої патології від віку пацієнтів

Супутня патологія	Вік			
	61-70	71-80	81-90	91-95
Серцево-судинна	21	42	16	16
Дихальна система	5	4	13	13
Онкологічні захворювання	2	3	2	-
Цукровий діабет	3	5	1	1
Сечовидільна	2	2	1	1
Захворювання печінки	3	1	2	2

Висновки.

Основними причинами летальності в осіб старого і похилого віку з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу є:

1) пізні звертання за спеціалізованою медичною допомогою;

2) помилки в наданні медичної допомоги в догоспітальному періоді на етапі транспортування в хірургічний стаціонар;

3) важкий і незворотний геморагічний шок;

4) важка декомпенсована супутня патологія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Э., Федоров А.В., Земляной В.П и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. – Санкт-Петербург, 2000. – С.70-78.
2. Горбашко А.И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений // Вестник хирургии им. Грекова. – 1986. – №6. – С.16-21.
3. Кімакович В.Й., Тумак І.М., Рачкевич С.Л. Гастродуоденальні кровотечі у хворих з серцевою патологією. – Львів, 2001. – С. 34-39.
4. Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. Острое кровотечение в просвіт органов пищеварительного канала. – Донецьк, 2006. – С.15-25.
5. Котович Л.Е. с соавт. О причине смерти больных с язвенной болезнью желудка и 12-п. кишки // Регуляторно-приспособительные механизмы в норме и патологии. – 1986. – С.68-80.
6. Нікішаєв В.І. Лемко І.І., Головін С.Г., Запорожан С.Й. Профілактика ранніх рецидивів кровотеч після ендоскопічного гемостазу на кровоточивих виразках дванадцятипалої кишки // Шпитальна хірургія. – 2005. – №3. – С. 40-41.
7. Фомін П.Д., Переш Е.Е., Сидоренко В.М. та ін. Діагностично лікувальна тактика при кровоточивих виразках в осіб похилого та старечого віку // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – №5. – С.12-13.
8. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., Фомин П.Д., Никишаев В.И., Козлов С.Н., Лиссов А.И. Материалы XX съезда хирургов Украины. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996 – 2001 гг.). – Киев, 2002. – 67 с.
9. Rockall T.A., A Logan R.F., Devlin H.B et al. Risk assessment after acuteupper gastrointestinal heamorrhage // Gut. – 1996. – Vol.38, №2. – P. 316-321.

SUMMARY

ANALYSIS OF FATAL CAUSES AFTER GASTRODUODENAL BLEEDIY OF ULCERATIVE GENESIS IN OLD AND ELDERLY PATIENTS.

Fomin P.D., Zaporozhan S.Y.

In this article the author analyzes the results of treatment of 5138 patients with ulcerative gastroduodenal bleedings and the fatal causes in old and elderly patients.

Key words: ulcer of the stomach and the duodenum, gastroduodenal bleeding, fibrogastroduodenoscopy