

УДК 616.342-002.44-005.1-053.9:616.995.1

І.О.Малишевський

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНВАЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У статті вивчено особливості клінічного перебігу гострокровоточивої дуоденальної виразки в пацієнтів літнього та старечого віку, залежно від наявності гелікобактерної інвазії. Досліджували середній вік пацієнтів, тривалість виразкового анамнезу, тип виразки, її локалізацію та розміри, наявність супутньої патології, ступінь тяжкості кровотечі, частоту та терміни виникнення раннього рецидиву кровотечі. Встановлено, що клінічний перебіг гелікобактер позитивної та гелікобактер негативної гострокровоточивих дуоденальних виразок є різним, а саме – більш несприятливий має остання. Оскільки для неї характерним є короткий

виразковий анамнез, переважання виразок “старечого” типу, наявність поєднаної супутньої патології, відносно більші розміри виразкового дефекту, вищий відсоток виникнення рецидиву кровотечі в більш ранні терміни. Виявлені особливості слід враховувати при виборі лікувальної тактики, методах ендоскопічного та хірургічного гемостаза у пацієнтів даної вікової категорії.

**Ключові слова:** гелікобактер позитивна гострокровоточива дуоденальна виразка, гелікобактер негативна гострокровоточива дуоденальна виразка, дванадцятипала кишка, ранній рецидив кровотечі.

**Вступ.** Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнена гострою дуоденальною кровотечею (ГДК), залишається одним із найбільш поширених хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Актуальність проблеми зумовлена тим, що частота гострокровоточивих дуоденальних виразок (ГДВ) з кожним роком зростає, незважаючи на значну кількість наукових робіт присвячених даній проблемі [5, 10].

За даними багатьох авторів, провідна роль у розвитку даного захворювання належить інфекційному агенту – грамнегативній неспороутворюючій бактерії *Helicobacter pylori* (Hр), яка виявляється майже у 90 % осіб, що мають дану патологію. У пацієнтів літнього та старечого віку (ЛСВ) гострокровоточиві виразки мають як загальні риси, так і свої відмінності клінічного перебігу порівняно з молодшими віковими групами. Вагомою різницею є зростання кількості гелікобактер негативних виразок та відповідне зменшення гелікобактер позитивних [6, 7].

Переважає кількість лікарів не зважає на проблему наявності гелікобактер негативних виразок, особливо пацієнтів ЛСВ. При цьому вони застосовують лікувально-тактичні підходи, які використовуються в пацієнтів молодого та середнього віку. Такі необгрунтовані дії значно зменшують ефективність лікування та інколи призводять до летальних наслідків, особливо на висоті рецидиву кровотечі [2, 4, 6].

Тому дослідження особливостей клінічного перебігу ГДВ у пацієнтів ЛСВ, залежно від наявності гелікобактерної інфекції, дасть змогу більш об'єктивно оцінювати дану патологію, що значно поліпшить результати її лікування.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості клінічного перебігу гострокровоточивої дуоденальної виразки в пацієнтів літнього та старечого віку, залежно від наявності гелікобактерної інфекції.

**Матеріал і методи.** Досліджено особливості клінічного перебігу ГДВ, залежно від наявності гелікобактерної інфекції, у 89 пацієнтів літнього та старечого віку, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці та Чернівецькій обласній клінічній лікарні. До контрольної групи увійшли 24 хворих на неускладнену виразкову хворобу ДПК, у стадії загострення, які розподілені на дві підгрупи, залежно від наявності гелікобактерної інфекції. Пацієнти основної групи розподілені на дві підгрупи. До першої підгрупи увійшло 39 осіб із гелікобактер позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою (Hр+ГДВ). До другої підгрупи – 50 осіб із гелікобактер негативною гострокровоточивою дуоденальною виразкою (Hр-ГДВ). Середній вік пацієнтів основної групи становив  $69,23 \pm 0,71$  року.

Всім особам, на момент надходження до лікарні, виконувалася езофагогастродуоденофіброскопія з метою діагностики джерела кровотечі, стану його гемостазу.

Для ідентифікації Hр застосовували цитологічний метод. Із біоптату, на предметному склі, робили мазки-відбитки та забарвлювали за методом Романовського-Гімзи. Після забарвлення в товщі слизу оцінювали інфікування Hр у 4-6 полях зору [11].

Оцінювали наступні чинники: середній вік пацієнтів, тривалість виразкового анамнезу, тип виразки (“застаріла”, “стареча”), її локалізація та розміри, наявність супутньої патології, ступінь тяжкості кровотечі, частота та терміни виникнення РПК [1].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень виконували на персональному комп'ютері з використанням формул теорії статистики. Оцінювали середні значення отриманих даних (M), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У наших дослідженнях виявилось, що в першій

підгрупі основної групи, чоловіків було 23, а жінок – 16 (співвідношення – 1,4). Другу підгрупу основної групи склали 32 особи чоловічої статі та 18 – жіночої (співвідношення – 1,8).

Отже, за Нр+ГДВ зростає питома вага осіб жіночої статі, а за Нр-ГДВ, навпаки, зменшується.

Дослідження середнього віку пацієнтів є важливим чинником, який впливає не тільки на вибір лікувальної тактики, об'єм оперативного втручання, а й на відсоток летальності.

Наведені результати дослідження, які представлені в таблиці 1, свідчать, що виникнення ГДК супроводжується достовірним зростанням віку пацієнтів як за Нр+ГДВ, так і за Нр-ГДВ. Також відмічається достовірне переважання показників за Нр-ГДВ.

Отже, для хворих на Нр-ГДВ характерно більш старший вік пацієнтів порівняно з особами із Нр+ГДВ. Це значно обмежує покази до виконання оперативного втручання та його об'єм.

Аналізуючи отримані результати стосовно тривалості виразкового анамнезу, які наведені в таблиці 2, можна дійти висновку, що при появі ГДК відбувається його стрімке достовірне зменшення. Показники за Нр-ГДВ менші, ніж за Нр+ГДВ у 2,2 раза. За неускладнену Нр-ДВ виразковий анамнез також достовірно менший.

Це означає, що для більшості хворих на Нр-ГДВ характерним є більш злоякісний перебіг захворювання, коли через короткотривалий час після виникнення виразки вона ускладнюється гострою кровотечею.

Оцінка типу виразки, яка представлена в таблиці 3, вказує, що для Нр-ДВ характерно переважання виразок “старечого” типу, на відміну від Нр+ДВ, де здебільшого спостерігається “застарілий” тип. При

виникненні ГДК відмічається значне зростання кількості виразок “старечого” типу саме у хворих на Нр-ГДВ. У пацієнтів із Нр+ГДВ, навпаки, переважають виразки “застарілого” типу, проте різниця їх менша, ніж у осіб із Нр-ГДВ.

Отже, значна кількість хворих на Нр-ГДВ має виразки “старечого” типу, які мають більш тяжкий перебіг та часто проявляються ускладненнями у вигляді шлунково-кишкової кровотечі.

Локалізація виразки та її розміри є важливими чинниками, від яких залежить подальша тактика лікування.

Оцінюючи результати дослідження стосовно локалізації виразки, які представлені в таблиці 4, слід відмітити наявність переважної кількості осіб із виразкою задньої стінки ДПК. Виникнення виразкової кровотечі супроводжується стрімким зростанням виразок саме на задній стінці ДПК, особливо у хворих на Нр-ГДВ.

Розташування гострокровоточивої виразки на задній стінці ДПК робить оперативний прийом технічно складнішим, оскільки існує небезпека ятрогенного пошкодження спільної жовчної протоки, голівки підшлункової залози та великих судин.

Також на виконання оперативного втручання та його наслідки впливає розмір виразки. Адже наявність запального інфільтрату навколо великого виразкового дефекту, а також рубцевих змін значно обмежує вибір методу оперативного втручання.

Оцінюючи результати дослідження, наведені в таблиці 5, можна зробити висновок, що пацієнти із Нр-ГДВ мають більший розмір виразки, порівняно із Нр+ГДВ.

Для даної вікової групи пацієнтів характерні супутні захворювання, які при виникненні ГДК значно послаблюють захисні сили організму, що

Таблиця 1

## Середній вік пацієнтів, (у роках), М±м

Група пацієнтів	Наявність гелікобактерної інфекції	
	Нр+ДВ	Нр-ДВ
Контрольна	63,3±0,98, n=10;	65,43±1,02, n=16; p <sub>1</sub> >0,05
Основна	66,05±0,92, n=39; p<0,05	71,74±0,91, n=50; p<0,001; p <sub>1</sub> <0,001

Примітки. n – кількість спостережень; p – порівняно з контролем; p<sub>1</sub> – порівняно з Нр+ДВ відповідної підгрупи осіб

Таблиця 2

## Тривалість виразкового анамнезу, (у роках), М±м

Група пацієнтів	Наявність гелікобактерної інфекції	
	Нр+ДВ	Нр-ДВ
Контрольна	13,6±1,09, n=10;	6,64±0,62, n=16; p <sub>1</sub> <0,001
Основна	11,05±0,62, n=39; p<0,05	4,96±0,4, n=50; p<0,05; p <sub>1</sub> <0,001

Примітка. n – кількість спостережень; p – порівняно з контролем; p<sub>1</sub> – порівняно з Нр+ДВ відповідної підгрупи осіб

Таблиця 3

## Розподіл пацієнтів залежно від типу виразки, абс. (%)

Підгрупа пацієнтів	Тип виразки	Кількість осіб
Нр+ДВ (n=10)	“Застаріла”	7 (70 %)
	“Стареча”	3 (30 %)
Нр-ДВ (n=14)	“Застаріла”	6 (42,9 %)
	“Стареча”	8 (57,1 %)
Нр+ГДВ (n=39)	“Застаріла”	23 (59 %) p<0,01
	“Стареча”	16 (41 %) p<0,05
Нр-ГДВ (n=50)	“Застаріла”	14 (28 %) p<0,05
	“Стареча”	36 (72 %) p<0,001

Примітка. n – кількість пацієнтів; p – порівняно з виразками відповідного типу в осіб контрольної групи

Таблиця 4

## Локалізація виразки цибулини дванадцятипалої кишки, абс. (%)

Група пацієнтів	Стінка дванадцятипалої кишки	
	Передня	Задня
Нр+ДВ (n=10)	4 (40 %)	6 (60 %)
Нр-ДВ (n=14)	3 (28,6 %)	11 (71,4 %)
Нр+ГДВ (n=39)	12 (30,8 %) p<0,05	27 (69,2 %) p<0,01
Нр-ГДВ (n=50)	9 (18 %) p<0,05	41 (82 %) p<0,01

Примітка. n – кількість спостережень; p – порівняно з контролем відповідної стінки

Таблиця 5

## Розмір виразки, см, M±m

Група пацієнтів	Наявність гелікобактерної інфекції	
	Нр+ДВ	Нр-ДВ
Контрольна	0,52±0,07 n=10	0,68±0,06 n=16 p <sub>1</sub> >0,05
Основна	0,7±0,04 n=39 p<0,05	0,81±0,03 n=50 p<0,05; p <sub>1</sub> <0,05

Примітка. n – кількість спостережень; p – порівняно з контролем; p<sub>1</sub> – порівняно з Нр+ДВ відповідної групи осіб

Таблиця 6

## Наявність супутньої патології в пацієнтів контрольної групи, абс. (%)

Системи організму	Підгрупа пацієнтів	
	Нр+ДВ (n=10)	Нр-ДВ (n=14)
Серцево-судинна	5 (50 %)	7 (50 %)
Легенева	3 (30 %)	4 (28,6 %)
Інші	1 (10 %)	2 (14,3 %)
Відсутність патології	1 (10 %)	1 (7,1 %)

також обмежує можливість виконання хірургічного гемостазу.

Аналіз супутньої патології в осіб із неускладненим перебігом виразкової хвороби ДПК, який наведено в таблиці 6, показав переважання її з

боку серцево-судинної системи та легеневої, що є характерним для осіб даної вікової категорії.

Аналізуючи наявність супутньої патології в пацієнтів основної групи, який представлено в таблиці 7, слід відмітити переважання з боку сер-

Таблиця 7

## Наявність супутньої патології в пацієнтів основної групи, абс. (%)

Системи організму	Підгрупа пацієнтів	
	Нр+ГДВ (n=39)	Нр-ГДВ (n=50)
Серцево-судинна	12 (30,8 %)	22 (44 %)
Легенева	6 (15,4 %)	9 (18 %)
Ендокринна	4 (10,3 %)	2 (4 %)
Центральна нервова	7 (17,9 %)	4 (8 %)
Поєднана патологія	5 (12,8 %)	12 (24 %)
Відсутність патології	5 (12,8 %)	1 (2 %)

Таблиця 8

## Розподіл пацієнтів основної групи за ступенем тяжкості кровотечі, абс. (%)

Підгрупа пацієнтів	Ступінь тяжкості кровотечі		
	Легкий	Середній	Тяжкий
Нр+ГДВ (n=39)	14 (35,9 %)	18 (46,2 %)	7 (17,9 %)
Нр-ГДВ (n=50)	9 (18 %)	29 (58 %)	12 (24 %)

Таблиця 9

## Ранній рецидив кровотечі, залежно від ендоскопічних стигмат, у хворих літнього та старечого віку на гелікобактер позитивну та гелікобактер негативну гострокровоточиві дуоденальні виразки, абс. (%)

Група пацієнтів	Ендоскопічні стигмати зупиненої виразкової кровотечі, абс. (%)				Всього:
	F II a	F II b	F II c	F III	
Нр+ГДВ	6 (22,2 %)	6 (22,2 %)	7 (25,9 %)	8 (29,7 %)	27 (100 %)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	2 (7,4 %)	1 (3,7 %)	1 (3,7 %)	1 (3,7 %)	5 (18,5 %)
Нр-ГДВ	8 (21,1 %)	8 (21,1 %)	12 (31,5 %)	10 (26,3 %)	38 (100 %)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	4 (10,5 %)	4 (10,5 %)	3 (7,9 %)	3 (7,9 %)	2 (5,3 %)

Таблиця 10

## Розподіл рецидиву кровотечі залежно від термінів виникнення, абс. (%)

Підгрупа пацієнтів	Рецидив кровотечі абс. (%)	Термін виникнення рецидиву кровотечі			
		1-а доба, n=4	2-а доба, n=4	3-я доба, n=7	> 3-х діб, n=2
Нр+ГДВ (n=27)	5 (18,5 %)	-	1 (20 %)	2 (40 %)	2 (40 %)
Нр-ГДВ (n=38)	12 (31,6 %)	4 (33,3 %)	3 (25 %)	4 (33,3 %)	1 (8,4 %)

Примітка. n – кількість спостережень

цево-судинної та легеневої патології, також має місце поєднана патологія.

Наявність тяжкої поєднаної патології, яка здебільшого характерна для хворих на Нр-ГДВ, на тлі постгеморагічної анемії, може призводити до незворотних гемодинамічних і метаболічних змін у життєво важливих органах і системах, що суттєво впливає на вибір об'єму оперативного

втручання, особливо “на висоті кровотечі” та в ранні терміни після неї.

Наступний етап дослідження – вивчення тяжкості кровотечі у хворих на ГДВ, залежно від наявності гелікобактерної інфекції.

Величину крововтрати визначали за допомогою формули Мура (1969). Ступінь тяжкості кровотечі визначали, використовуючи класифікацію

О.О.Шалімова (1987), де втрата до 20 % об'єму циркулюючої крові (ОЦК) – легкий ступінь крововтрати, 20-30 % ОЦК – середній, понад 30 % ОЦК – тяжкий [3, 8].

Представлені результати дослідження в таблиці 8 свідчать, що найбільша частина хворих на ГДВ мала середній ступінь тяжкості крововтрати, проте в пацієнтів із Нр-ГДВ цей показник значно переважає. Найменша частина пацієнтів мала тяжкий ступінь кровотечі, але у хворих на Нр-ГДВ цей показник також значно вищий. З легкою тяжкістю кровотечі переважають пацієнти із Нр+ГДВ.

Рання рецидивна кровотеча (РПК) є однією з головних причин високої летальності, особливо в осіб даної вікової категорії, де має більш злоякісний перебіг порівняно з молодшими віковими групами. Зміни, що виникають при РПК, поєднуються з уже наявними постгеморагічними порушеннями, значно їх посилюють, у зв'язку з чим збільшується летальність та кількість ускладнень.

Тому важливим критерієм, який характеризує перебіг даних виразок, є дослідження частоти виникнення РПК, залежно від ендоскопічних стигмат.

Із загальної кількості досліджуваних осіб відібрано пацієнтів, які на момент надходження до лікарні мали ГДВ із зупиненою кровотечею (Форрест (F)-II, F-III) [9].

Всі пацієнти отримували однакову консервативну гемостатичну та інфузійну терапію, яка включала: розчини  $\epsilon$ -амінокапронової кислоти – 5 %, Рінгера, стабізолу – 10 %, етамзилату – 12,5 %, вікасолу – 1 %, омезу – 20 мг.

Аналізуючи результати дослідження, наведені в таблиці 9, можна дійти певного висновку. Якщо порівняти підгрупи осіб із Нр+ГДВ та Нр-ГДВ, то спостерігається, що в пацієнтів зі стигматою FIIa відсоток виникнення РПК, у хворих на Нр-ГДВ, становить 50 %, що вище на 16,7 % ( $p < 0,05$ ), ніж у осіб із Нр+ГДВ. У пацієнтів з ендоскопічною стигматою F II b відмічається, що відсоток виникнення рецидиву кровотечі, в осіб із Нр-ГДВ, становить 37,5 %, що на 20,8 % ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у пацієнтів із Нр+ГДВ. При порівнянні осіб з ендоскопічною стигматою FIIc, слід зазначити, що відсоток виникнення РПК, у хворих на Нр-ГДВ, становить 25 %, що на 10,7 % ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у пацієнтів із Нр+ГДВ. В осіб з ендоскопічною стигматою FIII, відсоток виникнення рецидиву кровотечі, у хворих на Нр-ГДВ, становить 20 %, що на 10 % ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у осіб із Нр+ГДВ.

Отримані результати свідчать, що відсоток виникнення РПК, у пацієнтів із Нр+ГДВ, становить 18,5 %, а у хворих на Нр-ГДВ – 31,6 %.

Отже, частота виникнення рецидиву кровотечі в пацієнтів із Нр-ГДВ вища на 13,1 % ( $p < 0,01$ ) порівняно з хворими на Нр+ГДВ.

Вагоме значення має термін виникнення РПК, оскільки це дає змогу більш адекватно підготувати пацієнта до оперативного втручання, виконати корекцію супутньої патології.

Як видно з таблиці 10, на першу добу рецидив кровотечі, у пацієнтів із Нр+ГДВ, взагалі відсутній, проте він відмічається у чотирьох осіб із Нр-ГДВ. На другу добу спостерігається переважання відсотка виникнення РПК у хворих на Нр-ГДВ, який становить 25 %, що на 5 % ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у осіб із Нр+ГДВ. На третю добу відсоток виникнення рецидиву кровотечі в осіб із Нр+ГДВ становив 40 %, що на 6,7 % ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у пацієнтів із Нр-ГДВ.

У більш віддалені терміни вищий відсоток виникнення рецидиву кровотечі відмічено в пацієнтів із Нр+ГДВ, який становив 40 %, що на 31,6 % ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у хворих на Нр-ГДВ.

Це свідчить, що для пацієнтів із Нр-ГДВ характерно виникнення рецидиву кровотечі в більш ранні терміни, ніж у осіб із Нр+ГДВ. Це не дає можливості добре підготувати пацієнта до оперативного втручання та значно підвищує відсоток летальності на висоті рецидиву кровотечі.

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід відмітити значні відмінності клінічного перебігу Нр+ГДВ та Нр-ГДВ.

Для пацієнтів із Нр-ГДВ, на відміну від Нр+ГДВ, характерно переважання віку пацієнтів, здебільшого це особи чоловічої статі, менший виразковий анамнез, порівняно більший розмір виразкового дефекту, “старечий” типу виразки, локалізація її на задній стінці ДПК, наявність поєднаної супутньої патології, середній та тяжкий ступені кровотечі, а також вищий відсоток виникнення рецидиву кровотечі у більш ранні терміни.

Виявлені особливості слід враховувати при виборі лікувальної тактики та методах ендоскопічного та хірургічного гемостазів, у хворих ЛСВ на ГДВ.

### Висновок

Клінічними особливостями перебігу гелікобактер негативної гострокровоточивої виразки, в осіб літнього та старечого віку, є короткий виразковий анамнез, переважання виразок “старечого” типу, наявність поєднаної супутньої патології, відносно більші розміри виразкового дефекту, вищий відсоток виникнення рецидиву кровотечі у ранні терміни.

**Перспективи подальших досліджень.** Вважаємо за доцільне дослідити ефективність різних методів ендоскопічного гемостазу у хворих літнього та старечого віку на гострокровоточиву дуоденальну виразку, залежно від гелікобактерної інвазії.

### Література

1. Дерман А.И. Совершенствование хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.03 / А.И.Дерман. – Х., 1990. – 359 с.
2. Дзюбановський І.Я. Диференційоване лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / І.Я.Дзюбановський, О.Б.Луго-

- вий, Ю.С.Семенюк // Укр. ж. хірургії. – 2009. – № 1. – С. 40-43.
3. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / [Саенко В.Ф., Кондратенко И.Г., Семенюк Ю.С. и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с., илл.
  4. Діагностично-лікувальна тактика при гостро-кровоточивих виразках у осіб літнього та старечого віку / П.Д.Фомін, Є.С.Переш, В.М.Сидоренко [та ін.] // Укр. ж. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – Т. 5, № 1. – С. 12-13.
  5. Мітюк І.І. Лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу / І.І.Мітюк, М.І.Покидько, О.А.Камінський // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 1.1 (15). – С. 238-240.
  6. Особливості клінічного перебігу кровоточивої дуоденальної виразки у хворих старше 60 років / В.Ф.Саенко, О.І.Івашук, А.А.Пустовіт [та ін.] // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2001. – Т. 5, № 2. – С. 507-513.
  7. Снігар А.В. Значення helicobacter pylori у розвитку негативних інвалідизуючих наслідків лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки / А.В.Снігар, І.Л.Верхолаз // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 3 (34). – С. 17-20.
  8. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко. – К.: Здоров'я, 1987. – 568 с.
  9. Forrest J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A.H.Forrest, N.D.C.Finlayson, D.J.C.Shearman // Lancet. – 1974. – Vol. II, № 7877. – P. 394-397.
  10. Manning-Dimmitt L.L. Diagnosis of gastrointestinal bleeding in adults / L.L.Manning-Dimmitt // Am. Fam. Physician. – 2005. – Vol. 71 (7). – P. 1339.
  11. The effects of blood on rapid urease testing for Helicobacter pylori in mucosal biopsies from the gastric antrum / J.M.Lee, N.P.Breslin, M.Gopaul [et al.] // Ir. J. Med. Sci. – 2000. – Vol. 169, № 1. – P. 60-62.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У БОЛЬНИХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНВАЗИИ

*И.А.Мальшевский*

**Резюме.** В статье изучено особенности клинического течения острокровоточащей дуоденальной язвы у пациентов пожилого и старческого возраста, в зависимости от наличия хеликобактерной инвазии. Исследовали средний возраст пациентов, длительность язвенного анамнеза, тип язвы, ее локализацию и размеры, наличие сопутствующей патологии, степень тяжести кровотечения, частоту и сроки возникновения раннего рецидива кровотечения. Определено, что клиническое течение хеликобактер положительной и хеликобактер отрицательной острокровоточащих дуоденальных язв является разным, а именно более неблагоприятное имеет последняя. Поскольку для нее характерными являются короткий язвенный анамнез, преобладание язв “старческого” типа, наличие отягощенной сопутствующей патологии, относительно большие размеры язвенного дефекта, выше процент возникновения рецидива кровотечения в более ранние сроки. Выявленные особенности следует учитывать при выборе лечебной тактики, методах эндоскопического и хирургического гемостазов у пациентов данной возрастной категории.

**Ключевые слова:** хеликобактер положительная острокровоточащая дуоденальная язва, хеликобактер отрицательная острокровоточащая дуоденальная язва, двенадцатиперстная кишка, ранний рецидив кровотечения.

### SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE BLEEDING DUODENAL ULCER IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE, DEPENDING ON HELICOBACTER INVASION

*I.O.Malyshyev's'kyi*

**Abstract.** The paper deals with the specific characteristics of the clinical course of acute bleeding duodenal ulcer in patients of elderly and senile age, depending on the presence of Helicobacter invasion. The author has studied the patients' average age, the duration of the ulcerous anamnesis, the type of ulcer, its localization and measurements, the presence of concomitant pathology, the degree of bleeding severity, the rate and terms of the onset of an early recurrence of bleeding. It has been established that the clinical course of Helicobacter positive and Helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcers is different, namely the latter has a more unfavourable one. Since it is characterized by a short ulcerous past history, the prevalence of ulcers of the “senile type”, the presence of combined concomitant pathology, relatively larger measurements of the ulcerous defect, a higher percentage of the onset of a bleeding relapse at earlier terms. The specific characteristics revealed should be taken into account, when choosing a therapeutic approach, methods of endoscopic and surgical haemostases in patients of the age-related category in question.

**Key words:** helicobacter positive acute bleeding duodenal ulcer, helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer, duodenum, early bleeding relapse.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 44-49

Надійшла до редакції 30.01.2011 року