

УДК 616.342-002.44-005.1-053.9-085+616-072.1

*О.І. Іващук, І.О. Малишевський***ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ІН'ЄКЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ГОСТРОКРОВОТОЧИВУ ДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНВАЗІЇ***Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

У роботі, досліджено ефективність застосування ендоскопічної ін'єкційної терапії обох стінок дванадцятипалої кишки у хворих, літнього та старечого віку, на хелікобактер-позитивну і хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, а також її вплив на стан фібринолітичної активності слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Встановлено, що застосування ендоскопічної ін'єкційної терапії, у хворих на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, зменшує частоту виникнення рецидиву кровотечі на 6,6%, а у осіб, із хелікобактер-позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою – на 10,2%. Частота виникнення раннього рецидиву кровотечі, при застосуванні ендоскопічної ін'єкційної терапії, за хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку на 16,7% вища ніж за хелікобактер-позитивну. Лабораторно доведено, що виконання ендоскопічної ін'єкційної терапії, у хворих на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, знижує сумарну фібринолітичну активність на 14,4% менше ніж у пацієнтів із хелікобактер-позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою. Отримані результати дослідження слід враховувати при виборі лікувальної тактики у хворих, літнього та старечого віку, на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку.

**Ключові слова:** хелікобактер-позитивна гострокровоточива дуоденальна виразка, хелікобактер-негативна гострокровоточива дуоденальна виразка, ранній рецидив кровотечі, ендоскопічна ін'єкційна терапія.

Проблема виникнення раннього рецидиву кровотечі (РПК) у хворих, літнього та старечого віку (ЛСВ), на гострокровоточиву дуоденальну виразку (ГДВ) залишається надзвичайно актуальною у хірургічній гастроентерології. Актуальність даної проблеми обумовлена високою летальністю на висоті рецидиву кровотечі, а також віком пацієнтів. Адаже у переважної більшості осіб, даної вікової категорії, наявна тяжка поєднана патологія, що значно ускладнює перебіг основного захворювання та обмежує можливості оперативного втручання [2, 7].

Ендоскопічний гемостаз відіграє важливу роль у запобіганні РПК, особливо у пацієнтів ЛСВ, де дуже великий ризик виконання оперативного втручання. Найбільш простим та ефективним методом, за допомогою якого можна запобігти РПК, є ендоскопічна ін'єкційна терапія (ЕІТ) [1, 4].

Виникнення ГДК завжди супроводжується підвищенням процесів фібринолізу у ділянці виразки, що призведе до лізису тромбів та сприяє виникненню РПК [5].

Згідно проведеним дослідженням, виконання ЕІТ, інгібіторами фібринолізу, призведе до зниження локальної фібринолітичної активності. Але залишається невивчена її ефективність, залежно від наявності хеліко-

бактерної інфекції, адже саме за хелікобактер-негативної (ГДВ) відмічено більш негативний вплив підвищення процесів фібринолізу слизової оболонки дванадцятипалої кишки (ДПК), в ділянці виразки [1, 3].

**Мета роботи** – дослідити ефективність ендоскопічної ін'єкційної терапії обох стінок ДПК у хворих, ЛСВ, на хелікобактер-позитивну та хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку.

**Матеріал та методи**

Досліджено 117 хворих на виразкову хворобу ДПК, ускладнену гострою кровотечею, віком старше 60 років, які знаходились на лікуванні в хірургічних відділеннях Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці та Чернівецькій обласній клінічній лікарні. Середній вік пацієнтів становив  $68,95 \pm 0,6$  років.

Всім пацієнтам, на момент поступлення у лікарню, виконувалася езофагогастродуоденофіброскопія з метою діагностики джерела кровотечі та виконання місцевого гемостазу за допомогою ЕІТ обох стінок ДПК. Методика проведення ЕІТ полягала у виконанні ін'єкцій 5% розчином транексамової кислоти, у кількості 0,1-0,2 мл, в 3-4 точках, навколо виразкового дефекту, а також на протилежній стінці ДПК, в проекції виразки. Вибір

ЕІТ, саме обох стінок ДПК, був обумовлений високою її ефективністю. Оскільки, за даними літератури, виникнення гострої дуоденальної кровотечі (ГДК) не призводить до зниження фібринолітичної активності, а навпаки, стимулює її зростання, а безпосереднє прилягання слизової оболонки передньої стінки, з більш вищими показниками до виразкового інфільтрату, призводить до виникнення РПК [2].

Всі пацієнти отримували однаково консервативну гемостатичну та інфузійну терапію, яка включала розчини  $\epsilon$ -амінокапронової кислоти 5%, Рінгера, Стабізол® 10%, етамзилат 12,5%, вікасол 1%, Омез® 20 мг. Всі досліджувані особи, на момент поступлення у лікарню, мали ГДВ із зупиненою кровотечею – Форрест (F)-II, F-III. Контрольну групу склали 27 хворих на хелікобактер-позитивну гострокровоточиву дуоденальну виразку (Нр<sup>+</sup>ГДВ) та 38 – на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку (Нр-ГДВ), яким не ви-

конувався ендоскопічний гемостаз. До основної групи увійшло 24 пацієнтів із Нр<sup>+</sup>ГДВ та 28 осіб із Нр-ГДВ, яким виконувався ендоскопічний гемостаз ГДВ, шляхом ЕІТ обох стінок ДПК.

Для ідентифікації Н. рулогі застосовували цитологічний метод. Із біоптату, на предметному склі, робили мазки-відбитки та фарбували за Романовським-Гімзою. Після фарбування в товщі слизу оцінювали інфікування Н. рулогі в 4-6 полях зору [8].

Локалізацію ГДВ в цибуліні ДПК не враховували але переважна кількість була розташована на задній стінці. Середній розмір виразки становив  $0,72 \pm 0,02$  см.

Розподіл пацієнтів залежно від ендоскопічних стигмат представлено у таблиці 1.

Повторні ендоскопічні дослідження («second look»), виконували 1 раз на добу, протягом восьми діб з моменту ГДК. При цьому оцінювали стан гемостазу ГДВ, а у пацієнтів

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів залежно від ендоскопічних стигмат

Група пацієнтів		Ендоскопічні стигмати зупиненої кровотечі			
		F-IIa n=27	F-IIb n=28	F-IIc n=30	F-III n=32
Контрольна, n=65	Нр <sup>+</sup> ГДВ без ЕІТ, n=27	6	6	7	8
	Нр-ГДВ без ЕІТ, n=38	8	8	12	10
Основна, n=52	Нр <sup>+</sup> ГДВ із ЕІТ, n=24	6	7	5	6
	Нр-ГДВ із ЕІТ, n=28	7	7	6	8

Примітка: n – кількість спостережень

Таблиця 2.

Ранній рецидив кровотечі, залежно від ендоскопічних стигмат у хворих літнього та старечого віку на хелікобактер-позитивну гострокровоточиву дуоденальну виразку, абс. (%)

Група пацієнтів		Ендоскопічні стигмати зупиненої виразкової кровотечі, абс. (%)				Всього
		F-IIa	F-IIb	F-IIc	F-III	
Контрольна	Нр <sup>+</sup> ГДВ без ЕІТ	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%)
Основна	Нр <sup>+</sup> ГДВ із ЕІТ	6 (25%)	7 (29,2%)	5 (20,8%)	6 (25%)	24 (100%)
		Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
		1 (4,15%)	1 (4,15%)	–	–	2 (8,3%)

**Таблиця 3.**  
Ранній рецидив кровотечі залежно від ендоскопічних стигмат у хворих літнього та старечого віку на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, абс. (%)

Група пацієнтів	Ендоскопічні стигмати зупиненої виразкової кровотечі, абс. (%)				Всього
	F-IIa	F-IIb	F-IIc	F-III	
Контрольна Нр <sup>-</sup> ГДВ без ЕІТ	8 (21,1%)	8 (21,1%)	12 (31,5%)	10 (26,3%)	38 (100%)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	4 (10,5%)	3 (7,9%)	3 (7,9%)	2 (5,3%)	12 (31,6%)
Основна Нр <sup>+</sup> ГДВ із ЕІТ	7 (25%)	7 (25%)	6 (21,4%)	8 (28,6%)	28 (100%)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	3 (10,7%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)	7 (25%)

**Таблиця 4.**  
Ранній рецидив кровотечі залежно від ендоскопічних стигмат у хворих літнього та старечого віку на хелікобактер-позитивну та хелікобактер-негативну гострокровоточиві дуоденальні виразки, які отримували ендоскопічну ін'єкційну терапію, абс. (%)

Група пацієнтів	Ендоскопічні стигмати зупиненої виразкової кровотечі, абс. (%)				Всього
	F-IIa	F-IIb	F-IIc	F-III	
Нр <sup>+</sup> ГДВ із ЕІТ	6 (25%)	7 (29,2%)	5 (20,8%)	6 (25%)	24 (100%)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	1 (4,15%)	1 (4,15%)	–	–	2 (8,3%)
Нр <sup>-</sup> ГДВ із ЕІТ	7 (25%)	7 (25%)	6 (21,4%)	8 (28,6%)	28 (100%)
	Ранній рецидив виразкової кровотечі, абс. (%)				
	3 (10,7%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)	7 (25%)

основної групи виконували ЕІТ. Під час ендоскопічних досліджень, брали біопсію слизової передньої та задньої стінок ДПК, біля виразки, для вивчення фібринолітичної активності в отриманому біоптаті.

Шматок слизової оболонки ДПК, вагою до 50 мг, поміщали в охолоджений боратний буфер (рН=9,0). Наважки слизової зважували, гомогенізували у боратному буфері і визначали фібринолітичну та протеолітичну активність за методикою О.Л. Кухарчука із використанням реактивів фірми «Simko Ltd.» (м. Львів, Україна). Вивчали сумарну фібринолітичну активність (СФА) слизової оболонки ДПК =  $8000 \times E_{440} / \text{наважка (мг)} = \text{результат } E_{440} / \text{мг/год}$  (одиниця виміру) [6].

Статистичну обробку отриманих результа-

тів досліджень виконували на персональному комп'ютері із використанням формул теорії статистики. Оцінювали середні значення фібринолітичної активності слизової оболонки ДПК (М), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Стьюдента.

#### **Результати та обговорення**

Отримані результати дослідження, стосовно ефективності застосування ЕІТ обох стінок ДПК у хворих, ЛСВ, на Нр<sup>+</sup>ГДВ, які представлені у таблиці 2, свідчить, що в пацієнтів із стигматою F-IIa, відсоток виникнення РРК, у осіб контрольної групи становить 33,3%, що на 16,6% (p < 0,05) вище ніж у пацієнтів основної групи. При порівнянні пацієнтів з ендос-

копічною стигматою F-IIb спостерігається, що відсоток виникнення РРК, у контрольній групі становить 16,7%, що на 2,4% ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у осіб основної групи. У осіб із ендоскопічними стигматами F-III та F-III, рецидив кровотечі виник тільки у пацієнтів контрольної групи, що відповідно становить 14,3% та 12,5%.

Отже, застосування ЕІТ у хворих, ЛСВ, на Нр<sup>+</sup>ГДВ знижує частоту виникнення РРК на 10,2% ( $p < 0,01$ ) порівняно із пацієнтами, які її не отримували.

Аналізуючи результати дослідження наведені у таблиці 3, можна зробити певні висновки. Якщо порівняти контрольну та основну групи хворих, ЛСВ, на Нр<sup>-</sup>ГДВ, то спостерігається, що в пацієнтів зі стигматою F-II а відсоток виникнення РРК, у контрольній групі становить 50%, що вище на 7,1% ( $p < 0,05$ ) ніж у основній групі. У пацієнтів з ендоскопічною стигматою F-IIb відмічається, що відсоток виникнення РРК, у осіб контрольної групи становить 37,5%, що на 8,9% ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у осіб основної групи. При порівнянні осіб з ендоскопічною стигматою F-III, слід зазначити, що відсоток виникнення РРК, у контрольній групі становить 25%, що на 8,3% ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у пацієнтів основної групи. У осіб з ендоскопічною стигматою F-III, відсоток виникнення РРК, у контрольній групі становить 20%, що на 7,5% ( $p < 0,01$ ) вище, ніж у пацієнтів основної групи.

Отримані результати свідчать, що застосування ЕІТ у хворих, ЛСВ, на Нр<sup>-</sup>ГДВ знижує

частоту виникнення РРК на 6,6% ( $p < 0,01$ ) порівняно з пацієнтами, які її не отримували.

Якщо порівняти отримані данні, стосовно ефективності застосування ЕІТ серед пацієнтів основної групи, які представлені у таблиці 4, слід відзначити наступне. У осіб з ендоскопічною стигматою F-IIa, відсоток виникнення РРК, за Нр<sup>-</sup>ГДВ становить 42,9%, що на 26,2% ( $p < 0,05$ ) вище, ніж за Нр<sup>+</sup>ГДВ. При порівнянні пацієнтів з ендоскопічною стигматою F-IIb, слід зазначити, що відсоток виникнення РРК, за Нр<sup>-</sup>ГДВ становить 28,6%, що на 14,3% ( $p < 0,05$ ) вище, ніж за Нр<sup>+</sup>ГДВ. У пацієнтів із ендоскопічними стигматами F-III та F-III, рецидив кровотечі виник тільки у хворих на Нр<sup>-</sup>ГДВ, та відповідно становить 16,7% і 12,5%.

Отже, частота виникнення РРК у хворих на Нр<sup>-</sup>ГДВ із ЕІТ на 16,7% ( $p < 0,01$ ) вище ніж у пацієнтів із Нр<sup>+</sup>ГДВ, які також отримували ЕІТ.

Отриманні клінічні данні свідчать про зниження відсотку виникнення РРК при застосуванні ЕІТ, а також про значно меншу її ефективність у хворих, ЛСВ, на Нр<sup>-</sup>ГДВ.

Для більш глибокого вивчення ефективності ЕІТ антифібринолітичними засобами було досліджено перебіг локальної фібринолітичної активності слизової оболонки ДПК у терміни до 8 діб з моменту виникнення ГДК. Досліджували локальний фібриноліз обох стінок ДПК у кожній групі пацієнтів.

Оцінюючи результати дослідження, у наведені в таблиці 5, можна відзначити наступне. У хворих, ЛСВ, на Нр<sup>+</sup>ГДВ відмічається до-

Таблиця 5.

Сумарна фібринолітична активність слизової оболонки дванадцятипалої кишки у хворих літнього та старечого віку на хелікобактер-позитивну гострокровоточиву дуоденальну виразку після виконання ендоскопічної ін'єкційної терапії, у різні терміни спостереження ( $M \pm m$ , E440/мг/год )

Термін після ГДК	Хворі на хелікобактер-позитивну гострокровоточиву дуоденальну виразку			
	Передня стінка ДПК		Задня стінка ДПК	
	Контрольна група	Основна група	Контрольна група	Основна група
1 доба	163,87 ± 18,64, n=7	105,61 ± 4,1, n=7 $p_1 < 0,05$	143,88 ± 12,81, n=7	86,74 ± 8,48, n=7 $p_1 < 0,01$
2-4 доби	193 ± 12,36, n=6 $p > 0,05$	122,95 ± 7,37, n=6 $p > 0,05, p_1 < 0,01$	157,29 ± 16,14, n=6 $p > 0,05$	107,24 ± 8,79, n=6 $p > 0,05, p_1 < 0,05$
5-8 діб	132,89 ± 12,36, n=12 $p < 0,01$	72,31 ± 9,4, n=6 $p < 0,01, p_1 < 0,01$	85,15 ± 8,17, n=12 $p < 0,01$	55,36 ± 9,09, n=6 $p < 0,01, p_1 < 0,05$

**Примітки:** n – кількість спостережень, p – порівняно з попереднім показником,  $p_1$  – порівняно з контролем відповідної стінки.

Таблиця 6.

Сумарна фібринолітична активність слизової оболонки дванадцятипалої кишки у хворих літнього та старечого віку на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку після виконання ендоскопічної ін'єкційної терапії, у різні терміни спостереження ( $M \pm m$ , E440/мг/год)

Термін після ГДК	Хворі на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку			
	Передня стінка ДПК		Задня стінка ДПК	
	Контрольна група	Основна група	Контрольна група	Основна група
1 доба	217,91±6,63, n=8	176,16±9,03, n=12 $p_1 < 0,01$	173,8±7,11, n=8	147,86±7,5, n=12 $p_1 < 0,05$
2-4 доби	227,42±11,19, n=8 $p > 0,05$	164,04±11,47, n=7 $p > 0,05, p_1 < 0,01$	183,91±12,71, n=8 $p > 0,05$	134,75±8,14, n=7 $p > 0,05, p_1 < 0,05$
5-8 діб	150,79±7,38, n=16 $p < 0,001$	112,68±8,62, n=6 $p < 0,05, p_1 < 0,05$	136,59±9,79, n=16 $p < 0,05$	104,73±6,91, n=6 $p < 0,05, p_1 < 0,05$

**Примітки:** n – кількість спостережень, p – порівняно з попереднім показником,  $p_1$  – порівняно з контролем відповідної стінки

Таблиця 7.

Сумарна фібринолітична активність слизової оболонки дванадцятипалої кишки після виконання ендоскопічної ін'єкційної терапії у хворих літнього та старечого віку на гострокровоточиву дуоденальну виразку залежно від хелікобактерної інвазії, у різні терміни спостереження ( $M \pm m$ , %)

Термін після ГДК	Хворі на гострокровоточиву дуоденальну виразку			
	Передня стінка ДПК		Задня стінка ДПК	
	Нр+ГДВ	Нр-ГДВ	Нр+ГДВ	Нр-ГДВ
1 доба	35,6%	19,2%	39,7%	14,9%
2-4 доби	36,3%	27,9%	31,8%	26,7%
5-8 діб	45,6%	25,3%	35%	23,3%

стовірне, по відношенню до контролю, рівномірне зниження показників СФА в основній групі, протягом всіх термінів спостереження. Найвищі показники відмічені на 2-4 доби, а найнижчі на 5-8, в обох дослідних групах. Також показники передньої стінки переважають задню, у всі терміни спостереження.

Наведені результати дослідження в таблиці 6 свідчать, що динаміка показників САФ у хворих, ЛСВ, на Нр-ГДВ майже однакова, як за Нр+ГДВ. Відмічається достовірно, зниження показників СФА, протягом всіх термінів спостереження, в основній групі, тобто у осіб із ЕІТ. В обох дослідних групах, показники передньої стінки переважають задню, а також спостерігаються найвищі показники на 2-4 доби, а найнижчі на 5-8.

Для порівняння ефективності застосування ЕІТ у хворих, ЛСВ, на ГДК, залежно від наявності хелікобактерної інфекції, було пере-

раховано отримані показники СФА у відсотки по відношенню до контролю, тобто відповідних пацієнтів але без ЕІТ.

Оцінюючи результати дослідження стосовно ефективності зниження СФА слизової оболонки ДПК, при застосуванні ЕІТ, у хворих, ЛСВ, на ГДВ, залежно від наявності хелікобактерної інфекції, які представлено в таблиці 7, слід зазначити меншу ефективність за Нр-ГДВ, порівняно із Нр+ГДВ, в усі терміни спостереження. Найбільш ефективний вплив ЕІТ у хворих, ЛСВ, на Нр-ГДВ відмічено на 2-4 доби, в обох стінках. У пацієнтів, відповідного віку, із Нр+ГДВ, найбільш ефективний вплив ЕІТ, спостерігається в передній стінці ДПК на 5-8 доби, а в задній стінці – на першу.

Підсумовуючи результати проведеного дослідження слід відмітити, що ефективність застосування ЕІТ, у хворих, ЛСВ, на Нр-ГДВ значно менша ніж у пацієнтів, із Нр+ГДВ. При за-

стосуванні ЕІТ у хворих на Нр<sup>+</sup>ГДВ, РРК спостерігався у осіб з ендоскопічними стигматами F-IIa, F-IIb, проте у пацієнтів із Нр-ГДВ, рецидив кровотечі відмічено у всіх ендоскопічних стигматах. Частота виникнення РРК, при застосуванні ЕІТ, за Нр-ГДВ на 16,7% вища ніж за хелікобактер-позитивну. Також лабораторно доведено меншу ефективність застосування ЕІТ за Нр-ГДВ, порівняно із Нр<sup>+</sup>ГДВ.

Це необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики у хворих, ЛСВ, на Нр-ГДВ.

### **Висновки**

1. Застосування ендоскопічної ін'єкційної терапії, у хворих, літнього та старечого віку, на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, зменшує частоту виникнення раннього рецидиву кровотечі на 6,6%, а у пацієнтів, відповідної вікової категорії, із хелікобактер-позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою – на 10,2%.

2. При використанні ендоскопічної ін'єкційної терапії, частота виникнення раннього рецидиву кровотечі, у хворих, літнього та старечого віку, на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, вища на 16,7%, порівняно з відповідними пацієнтами із хелікобактер-позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою.

3. Застосування ендоскопічної ін'єкційної терапії, у хворих, літнього та старечого віку, на хелікобактер-негативну гострокровоточиву дуоденальну виразку, знижує сумарну фібринолітичну активність слизової оболонки дванадцятипалої кишки на 22,9%, а у пацієнтів, даної вікової категорії, із хелікобактер-позитивною гострокровоточивою дуоденальною виразкою – на 37,3%.

### **Перспективи подальших досліджень**

Вважаємо за доцільне дослідити показники протеолітичної активності, оксиду азоту, судинного ендотеліального фактору росту, а також оптичних параметрів лазерної поляриметриї слизової оболонки дванадцятипалої кишки за умови виконання ендоскопічної ін'єкційної терапії у хворих, літнього та старечого віку, на гострокровоточиву дуоденальну виразку, залежно від хелікобактерної інвазії.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНВАЗИИ**

*А.И. Иващук, И.А. Малышевский*

В работе исследована эффективность применения эндоскопической инъекционной терапии обеих стенок двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста с хеликобактер-отрицательной и хеликобактер-положительной острокровоточащими дуоденальными язвами, а также ее влияние на состояние фибринолитической активности слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Определено, что применение эндоскопической инъекционной терапии, у больных с хеликобактер-негативной острокровоточащей дуоденальной язвой, уменьшает частоту возникновения рецидива кровотечения на 6,6%, а у пациентов с хеликобактер-положительной острокровоточащей дуоденальной язвой – на 10,2%. Частота возникновения раннего рецидива кровотечения, с использованием эндоскопической инъекционной терапии, при хеликобактер-негативной острокровоточащей дуоденальной язве на 16,7% выше чем при хеликобактер-положительной. Лабораторно доказано, что использование эндоскопической инъекционной терапии, у больных с хеликобактер-негативной острокровоточащей дуоденальной язвой, снижает суммарную фибринолитическую активность на 14,4% меньше чем у пациентов с хеликобактер-позитивной острокровоточащей дуоденальной язвой. Полученные результаты исследования нужно учитывать при выборе лечебной тактики у больных пожилого и старческого возраста с хеликобактер-негативной острокровоточащей дуоденальной язвой.

**Ключевые слова:** хеликобактер-положительная острокровоточащая дуоденальная язва, хеликобактер-отрицательная острокровоточащая дуоденальная язва, ранний рецидив кровотечения, эндоскопическая инъекционная терапия.

## **EFFICACY OF ENDOSCOPIC INJECTION THERAPY OF ELDERLY PATIENTS SUFFERING FROM ACUTE BLEEDING DUODENAL ULCER DEPENDING ON HELICOBACTER INVASION**

*O.I. Ivashchuk, I.O. Malishevskiy*

In the work there has been researched efficacy of endoscopic injection therapy of both duodenum walls of elderly patients suffering from helicobacter positive and helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer as well as its influence on fibrinolytic activity of duodenum mucous tunic. It has been established that application of endoscopic injection therapy of patients suffering from helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer leads to 6.6% decrease of bleeding relapse frequency; in case of patients suffering from helicobacter positive acute bleeding duodenal ulcer application of the same method leads to 10.2% decrease of bleeding relapse frequency. Frequency of early bleeding relapses in case of application of endoscopic injection therapy of patients suffering from helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer is 16.7% higher than frequency of early bleeding relapses in case of

patients ill with helicobacter positive duodenal bleeding. Laboratory test show that in case of endoscopic injection therapy of patients suffering from helicobacter negative duodenal ulcer decrease of fibrinolytic activity is 14.4% lower than fibrinolytic activity of patients suffering from helicobacter positive duodenal ulcer. The obtained research results are to be taken into account at choice of treatment tactics of patients suffering from helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer.

**Key words:** helicobacter positive acute bleeding duodenal ulcer, helicobacter negative acute bleeding duodenal ulcer, early bleeding relapse, endoscopic injection therapy.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бодяка В.Ю. Ендоскопічна ін'єкційна терапія в профілактиці раннього рецидиву кровотечі у хворих, старше 60 років, з гострокровоточною дуоденальною виразкою / В.Ю. Бодяка // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 2. – С. 19-23.
2. Бодяка В.Ю. Попередження раннього рецидиву кровотечі у хворих старше 60 років з гострокровоточною дуоденальною виразкою: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / В.Ю. Бодяка. – Вінниця, 2007. – 24 с.
3. Малишевський О.І. Особливості фібринолітичної та протеолітичної активності слизової оболонки дванадцятипалої кишки при хелікобактер-негативній дуоденальній виразці у хворих літнього та старечого віку / О.І. Малишевський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2009. – Т. 8, № 3. – С. 10-15.
4. Тутченко М.І. Досвід лікування шлунково-кишкових кровотеч / М.І. Тутченко, В.П. Бабій // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 26-27.
5. Добровольский А.Б. Система фибринолиза: регуляция активности и физиологические функции, ее основные компоненты / А.Б. Добровольский, Е.В. Титаева // Биохимия. – 2002. – Т. 67, вып. 1. – С. 116-126.
6. Кухарчук А.Л. Патогенетическая роль и методы коррекции интегративных нарушений гормонально-мессенджерных систем регуляции гомеостаза натрия при патологии почек: дисс. ... доктора мед. наук: 14.03.05 / Кухарчук Александр Леонидович. – О., 1996. – 300 с.
7. Нарезкин Д.И. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у лиц разного возраста / Д.И. Нарезкин, А.А. Бельков, В.С. Ступин // Врач. – 2003. – № 4. – С. 30-32.
8. 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.

Стаття надійшла 10.02.2011