Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ**

**ім. В.К. ГУСАКА АМН УКРАЇНИ»**

**Луценко Юрій Григорович**

УДК 616.37 -002-036.11;616.33/.372-002.44/.446]-037-084

**Прогнозування і профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит**

14.01.03 – хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Донецьк– 2009

## ***Дисертацією є рукопис.***

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького

МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор,

 **Верхулецький Іван Єгорович,**

 Донецький національний медичний

університет ім. М.Горького МОЗ України, завідувач кафедри хірургічних хвороб №1 факультету інтернатури та післядипломної освіти

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор, **Мамчич Володимир Іванович,**

Національна медична академія

післядипломної освіти

ім. П.Л. Шупика МОЗ України,

завідувач кафедри хірургії та проктології

 доктор медичних наук, професор,

заслужений діяч науки і техніки України

**Гюльмамедов Фарман Ібрагімович,**

Донецький національний медичний

університет ім. М.Горького МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії №1

Захист відбудеться «30»червня 2009 р. о 14 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради Д 11.559.01 в ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України» (83045, м. Донецьк, Ленінський проспект, 47; тел. (062) 387-50-27)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України» (83045, м. Донецьк, Ленінський проспект, 47)

Автореферат розісланий “ ­­­28 ” травня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

д.мед.н. О.А.Штутін

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність проблеми.** На цей час серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий панкреатит (ГП) стабільно займає третє місце, поступаючись частотою виникнення лише гострому апендициту і холециститу (Шалімов О.О., 2000; Шевчук І.М., 2002; Верхулецький І.Е., 2002; Данилов М.В., 2003; Eatock F.C et al., 2005). В Україні захворюваність на ГП складає 5,2-5,9 на 10 000 населення (Шалімов О.О., 2000; Павловський М.П., 2003). За даними літератури загальна летальність при ГП коливається від 5 до 9,8%, а при деструктивних формах - від 24,7 до 45,7% (Паламарчук В.И., 2007; Савельев В.С. та ін.,2005; Ермолов А.С. та ін., 2006).

Незважаючи на досягнення певних успіхів у своєчасній діагностиці і виборі оптимальних варіантів лікування хворих на ГП, чимало важливих аспектів цієї проблеми потребують докладного вивчення. Так, коло невирішених питань становлять ускладнення ГП, особливо деструктивні його форми - утворення гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) (Хохоля В.П., 1989). **За даними вітчизняних авторів (Саєнко В.Ф.,1997; Кондратенко П.Г., 2006), виникнення симптоматичних панкреатогенних гострих гастродуоденальних виразок і ерозій у хворих на ГП спостерігається у 8-24% пацієнтів. Гострі кровоточиві ерозії, виразки слизової оболонки шлунка мають місце у 6-34% хворих (Кондратенко П.Г., 2006), а за ускладненого перебігу гострих ерозій і виразок верхніх відділів** шлунково-кишкового тракту **(ШКТ) летальність досягає** 80% (В.А. Кубишкин, К.В. Шишин, 2004)**.**

Проблема профілактики і лікування гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ обговорювалася на 31-му конгресі співтовариства критичної медицини (Сан-Дієго, 2002), Всеросійському конгресі анестезіологів-реаніматологів (Омськ, 2002), пленумі російської асоціації фахівців з хірургічної інфекції (РАСХІ) (Іматра, 2003), засіданні Московського наукового товариства анестезіологів-реаніматологів (МНТАР) (Москва, 2003), з'їзді анестезіологів-реаніматологів південного федерального округу Росії (травень, 2004), що свідчить про її актуальність.

В той же час запропоновані на цих форумах рекомендації багато в чому суперечливі, а результати лікування, що залишаються незадовільними, визначають доцільність розробки більш довершених методів прогнозування, профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК, які серйозно ускладнюють перебіг деструктивних форм панкреатиту.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідницької роботи кафедри хірургічних хвороб №1 ФІПО Донецького національного медичного університету ім. М.Горького: “Комплексна діагностика і лікування гострого панкреатиту з використанням лазерного випромінювання” (№ державної реєстрації0103U007879, шифр УН 04.04.19), співвиконавцем якої був здобувач.

**Мета дослідження:** поліпшити результати лікування хворих на гострий панкреатит шляхом розробки критеріїв прогнозування і профілактики розвитку кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити предиктори розвитку гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК, а також шлунково-кишкової кровотечі на підставі аналізу результатів біохімічних, імунологічних і метаболічних тестів у хворих на набряклу і деструктивну форми панкреатиту.

2. Вивчити специфічність, чутливість та інформативність найбільш значимих лабораторних і імунологічних показників в прогнозуванні кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на набряклу і деструктивну форми панкреатиту.

3. Розробити критерії прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на набряклу і деструктивну форми панкреатиту.

4. Розробити алгоритм прогнозування і заходи з профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на набряклу і деструктивну форми панкреатиту.

5. Оцінити ефективність розробленого алгоритму прогнозування і заходів з профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на набряклу і деструктивну форми панкреатиту.

*Об'єкт дослідження* – кровоточиві гострі ерозії, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит.

*Предмет дослідження* – ефективність програми прогнозування, профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит.

*Методи дослідження* – клінічні, біохімічні та імунологічні методи, застосовані для вивчення впливу на розвиток ерозивно-виразкового ураження верхніх відділів ШКТ і шлунково-кишкової кровотечі у хворих на ГП, ендоскопічні – для діагностики гострих ерозій, виразок шлунка і ДПК та їх ускладнень, статистичні і математичні – для узагальнення й обробки отриманих результатів.

**Наукова новизна.** Вперше встановлено залежність характеру гострого ерозивно-виразкового ураження шлунка та ДПК, а також шлунково-кишкової кровотечі від рівнів панкреатичної амілази, сенсибілізації імунокомпетентних клітин організму до парієтальної, вісцеральної очеревини і тканин шлунка у хворих на ГП.

Вперше на підставі кореляційно-регресійного аналізу створено математичну модель взаємозв'язку рівнів панкреатичної амілази та сенсибілізації імунокомпетентних клітин організму до парієтальної, вісцеральної очеревини і тканин шлунка, які є найбільш значущими показниками в прогнозуванні кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП.

Вперше на основі вивчення рівнів сенсибілізації імунокомпетентних клітин організму до парієтальної, вісцеральної очеревини і тканин шлунка розроблено спосіб прогнозування гострих ерозій, виразок шлунка і ДПК у хворих на деструктивний панкреатит (патент України на винахід № 24625, G01N 33/531 від 10.07.2007).

**Вперше удосконалено і опрацьовано систему комплексної профілактики гострих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів ШКТ у хворих на ГП** (**патент України на винахід №18859, А61 К 47/08 від 15.11.2006), а також розроблено алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК. Ефективність розробок підтверджена позитивними результатами її апробації в процесі комплексного лікування хворих на ГП.**

**Практичне значення одержаних результатів.** Наукові положення та висновки дисертаційної роботи адаптовані для впровадження та застосування в практичній охороні здоров'я. Розроблений алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП дозволяє своєчасно проводити раціональну корекцію комплексної терапії, а саме: при підвищенні рівня сенсибілізації організму до тканин шлунка з 0,08 ум.од. до 0,1 ум.од., парієтальної очеревини з 0,14 ум.од. до 0,22 ум.од., вісцеральної очеревини з 0,25 ум.од. до 0,29 ум.од. іпанкреатичної амілази з 72 U/l до 211 U/l показана **флаторизація озоно-кисневою сумішшю слизової оболонки шлунка та ДПК з подальшою інсуфляцією дистильованою озонованою водою через назогастральний зонд** з розрахунку 200 мл тричі на день. Концентрація озону в розчині складає 7 мг/л. Курс - 4-5 діб. Доцільне внутрішньосудинне лазерне опромінювання крові оптичним світловодом при потужності випромінювання на кінці світловода –5 мВт, довжина хвилі 632,8 нм. Час лазерного опромінювання складає 60-80 хвилин, кількість сеансів 3-5. Застосування розробок в клінічній практиці забезпечує поліпшення результатів лікування хворих на ГП за рахунок зниження кількості кровоточивих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів ШКТ і летальності з 7,6 % у контрольній групі до 2,8 % в основній групі хворих. Розроблений алгоритм прогнозування і профілактики **утворення** кровоточивих **гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК забезпечив зниження** випадків кровотечі з гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК з 22,7 % у контрольній групі до 10,5 % в основній групі хворих.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертантом самостійно сформульовані мета і завдання дослідження, доведена актуальність проблеми, сплановані і виконані описані в дисертації дослідження. Автором проведено аналіз використаної літератури, здійснено статистичну обробку отриманих даних, розроблено критерії прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК. Дисертантом обґрунтовано доцільність прогнозування і профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у комплексному лікуванні хворих на ГП, вдосконалено методику використання озоно – і лазеротерапії з метою профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок верхніх відділів ШКТ. Автором самостійно розроблено заходи комплексної профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП, проведено аналіз отриманих результатів і сформульовано висновки. Представлені в дисертації результати досліджень, їх аналіз та інтерпретація, а також наукові висновки належать дисертантові. Науковим керівником і співавторами, зазначеними в списку опублікованих праць здобувача за темою дисертації, надавалась науково-консультативна допомога в процесі роботи.

**Апробація результатів дисертації**. Основні положення дисертації були повідомлені та обговорені на засіданні Донецького обласного наукового товариства хірургів (2007); науково-практичній конференції «Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини» (Донецьк-Маріуполь, 2005); II науково-практичній конференції «Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини» (Донецьк-Маріуполь, 2007); конференції молодих учених з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної і відновної медицини» (Ялта, АР Крим, 2006); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної і відновної хірургії та реабілітації» (Шарм-Ель-Шейх, Єгипет, 2007).

Результати дослідження впроваджено в практичну діяльність хірургічних відділень основної бази МКЛ № 21 м.Донецька (акт впровадження від 10 листопада 2006 р.), МКЛ № 16 м. Донецька (акт впровадження від 25 вересня 2006 р.), МКЛ № 1 м. Донецька (акт впровадження від 10 листопада 2006 р.), Ясинуватської центральної районної лікарні (акт впровадження від 25 вересня 2006 р.), використовуються в навчальному процесі кафедри хірургічних хвороб №1 ФІПО Донецького національного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України (акт впровадження від 9 січня 2007 р.) для навчання лікарів - курсантів.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 14 робіт, з них 7 статей - в спеціалізованих виданнях, рекомендованих ВАК України (1- особиста), 3 тези - в матеріалах науково-практичних конференцій і XXI з'їзду хірургів України, отримано 3 патенти України на корисну модель.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 145 сторінках машинописного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків і списку джерел. Текст роботи ілюстрований 3 рисунками і 49 таблицями. Бібліографія містить 205 джерел, з яких 109-кирилицею і 96- латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Матеріали та методи дослідження.** Дисертаційна робота ґрунтується на аналізі матеріалів обстеження і лікування 287 хворих з гострими ерозіями, виразками шлунка та ДПК на фоні ГП, які перебували на лікуванні у хірургічних відділеннях клініки хірургії №1 ФІПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького з 2003 по 2007 роки. Осіб чоловічої статі було 205 (71,4 %), жіночої - 82 (28,6 %).

Групу контролю склали 145 хворих, до якої увійшли 92 (63,4 %) хворих з набряклою формою ГП і 53 (36,6 %) пацієнти з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП).

Предметом дослідження хворих контрольної групи став аналіз клінічних і лабораторних даних з метою визначення характеру уражень верхніх відділів ШКТ у вигляді гострих ерозій, виразок при гострому і деструктивному панкреатиті, а також розробка алгоритму прогнозування і профілактики кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК.

Основну групу - 142 пацієнти (84 (59,1 %) з набряклою і 58 (40,9 %) з деструктивною формою панкреатиту) склали хворі, в процесі комплексного лікування яких завдяки розробленому алгоритму здійснено прогнозування кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК і апробовано розроблену нами методику профілактики з оцінкою її клінічної ефективності.

Дану групу хворих було набрано методом стратифікаційної рандомізації, тобто коли за основними показниками (стать, вік, давність захворювання, загальний стан, клінічна картина, загальноприйняті лабораторні показники і ряд біохімічних параметрів крові, додаткових методів обстеження) складається група, подібна групі порівняння (перша). Тому, при виконанні математичної обробки за цими показниками на початку лікування статистично достовірних розбіжностей не отримано.

У роботі використовували класифікацію гострого панкреатиту, прийняту в Атланті (США, 1992). Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою Ranson (1974). Ступінь тяжкості крововтрати хворих оцінювали **згідно з класифікацією** О.О. Шалімова та В.Ф. Саєнка (1987).

У результаті проведеного ендоскопічного дослідження були виявлені гострі ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів ШКТ, з огляду на характер яких нам видалося за доцільне об'єднати їх в такі групи:

1. Хворі з гострою одиничною виразкою шлунка (ГОВШ).

2. З гострою одиничною виразкою шлунка у поєднанні з одиничними ерозіями (до 4) – (ГОВШ+од.ерозії).

3. З гострою одиничною виразкою шлунка у поєднанні з множинними ерозіями (більше 4) – (ГОВШ+мн.ерозії).

4. Множинні гострі виразки шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом (МГВШ+ер.бульбіт).

Лабораторні методи дослідження, крім загальноклінічних аналізів, включали визначення ефективної (ЕКА) і загальної концентрації альбуміну (ЗКА), вміст молекул середньої маси (МСМ), активність фосфоліпази *А2*. Також враховували рівень розпаду вільного альбуміну (РВА), індекс токсичності (ІТ), коагулограму.

Біохімічні методи дослідження включали визначення інтенсивності перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): дієнових кон`югат (ДК), трієнових кон`югат (ТК) і малонового діальдегіду (МДА).

Сенсибілізацію імунокомпетентних клітин організму до власних тканин (парієтальної і вісцеральної очеревини, шлунка) досліджували в цитотоксичному тесті, оцінювали за допомогою уніфікованого методу і виражали в умовних одиницях. Тканинні антигени готували методом В.А. Фрадкіна.

Біохімічні та імунологічні дослідження виконано на базі ЦНДЛ Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України в лабораторії біохімічних та імунологічних досліджень.

**З метою вивчення метаболічних характеристик клітин у зіставленні з їх функціональними властивостями і структурними порушеннями визначали цитохімічну активність панкреатичної амілази (П-амілаза). Рівень П-амілази визначали** в сироватці крові **методом спектрофотометрії**. Дослідження активності П-амілази проводили на базі Донецького діагностичного центру ДОКТМО в лабораторії біохімічних досліджень.

Ендоскопічні дослідження стравоходу, шлунка та ДПК здійснювали за допомогою апарату Fujinon **FG-1Z (**Японія). Фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) виконували в момент надходження до госпіталізації і на 5 і 9 добу лікування. Показанням до ФЕГДС у пацієнтів служили клінічні ознаки, які вказували на захворювання ШКТ. Показанням до виконання екстреної ФЕГДС були клінічні ознаки шлунково-кишкової кровотечі. З аналізу були виключені пацієнти, у яких в анамнезі і під час перебування в стаціонарі мала місце виразкова хвороба шлунка та ДПК. Під час ендоскопій дослідження на наявність Helicobacter pylori проводили за допомогою уреазного тесту, а також визначали кислотність в порожнині шлунка за допомогою рН- метрії. Ендоскопічні дослідження проводили в МКЛ № 21 м. Донецька.

З метою профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих основної групи традиційне лікування ГП було доповнено комбінованими методами озоно – і лазеротерапії.

Використовували комбіновані методи озонотерапії **у вигляді флаторизації озоно-кисневою сумішшю слизової оболонки шлунка та ДПК з подальшою інсуфляцією дистильованою озонованою водою через назогастральний зонд**. Після вилучення зонда хворі приймали щодня per os озоновану **дистильовану** воду з розрахунку 200 мл тричі на день. Концентрація озону в розчині складала 7 мг/л. Курс - 4-5 діб. Для озонування використовували ізотонічний розчин хлориду натрію, який отримували шляхом барботажу озонокисневою сумішшю протягом 10 хв. Насичення розчину озонокисневою сумішшю здійснювали за допомогою апарату «Озон УМ-80» (Харків). Озонований фізіологічний розчин вводили внутрішньовенно зі швидкістю 80 крапель за хвилину і концентрацією озону 5–7 мг/л. Об'єм внутрішньовенної інфузії озонованого фізіологічного розчину не перевищував 400 мл на добу. Сеанси повторювали щодня. Курс – 3-5 діб.

 Дозу використовуваного розчину вибрано на підставі рекомендацій з озонотерапії (Алехина С.П., Щербатюк Т.Р., 2003). Озонотерапію проводили відповідно до інструкції, що додається до апарату. Робота велася на підставі інформованої згоди хворого згідно з міжнародними етичними вимогами ВООЗ (правила GCP – Good Clinical Practice), що пред'являються до медичних досліджень за участю людини (Женева, 1993).

Курс лазерного лікування складався з внутрішньосудинного лазерного опромінювання крові стерильним моноволоконним оптичним світловодом від апарату «АФЛ-2». Процедури проводилися щодня, потужність випромінювання на кінці світловода –5 мВт, довжина хвилі 632,8 нм. Час лазерного опромінювання складав 60-80 хвилин, кількість сеансів 3-5.

Математична обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням загальноприйнятих статистичних методів з використанням ліцензійного пакету програми Microsoft Excel XP 2002, розробленого для обробки клінічної, біохімічної та імунологічної інформації. Числові дані, отримані в результаті попередньої оцінки діагностичного методу, оцінювали методом дедукції, тобто розглядали від загального (гіпотези наявності або відсутності того або іншого захворювання) до окремого (вірогідність того, що результат тесту буде позитивним). У нашому дослідженні гіпотеза виглядала так: «є ураження ШКТ у вигляді гострої ерозії, виразки і кровотечі з них», і вірогідність того, що результат тесту буде позитивним. З дедуктивних методик визначали такі показники: чутливість, специфічність та інформативність методу.

**Результати досліджень і їх обговорення.** У контрольній групі хворих на панкреатит ураження ШКТ найчастіше траплялося у вигляді одиничної гострої виразки шлунка у 57 (39,3 %) пацієнтів; рідше - гострої одиничної виразки шлунка у поєднанні з множинними ерозіями - 41 (28,3 %) пацієнт, переважно за рахунок групи хворих на набряклу форму панкреатиту; ще рідше - множинні гострі виразки шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом – 25 (17,3 %) пацієнтів з переважанням хворих з групи ГДП і на останньому місці - група пацієнтів з гострою одиничною виразкою шлунка у поєднанні з одиничними ерозіями – 22 (15,1 %) пацієнти.

Встановлено, що у хворих на набряклу форму панкреатиту найчастіше ураження зазнає ШКТ у вигляді одиничної гострої виразки шлунка, а в групі ГДП - множинні гострі виразки шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом, що, певною мірою, є підставою для припущення: чим важче форма гострого панкреатиту, тим агресивнішого ураження зазнає верхній поверх ШКТ.

Зі 145 хворих контрольної групи у 33 (22,7 %) пацієнтів з деструктивною формою захворювання гострі ерозії, виразки шлунка та ДПК ускладнилися гострою шлунково-кишковою кровотечею. Легкий ступінь крововтрати спостерігався у 8 пацієнтів, що склало 24,2 %, середній - у 14 (42,4 %) і тяжкий – у 11 (33,4 %) хворих. Найбільшу групу з легким (50 %), з середнім (35,8 %) і з тяжким (45,6 %) ступенями крововтрати склали хворі з множинними гострими виразками шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом.

 Таким чином, при ГДП переважають хворі з тяжким і середнім ступенями тяжкості крововтрати з гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК.

При вивченні показників сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка при ГП встановлено, що ураження ШКТ тим обширніше, чим вище рівень сенсибілізації (таблиця 1). Існує чітка градація рівня сенсибілізації до тканин (вісцеральної, парієтальної очеревини, шлунка), що може служити одним з ранніх показників виникнення кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка або ДПК, а також дає можливість використовувати його як прогностичний чинник. Не дивлячись на те, що розбіжності рівня сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка при попарному порівнянні недостовірні (р≥0,05), при порівнянні рівня цих показників в групі хворих з одиничною гострою виразкою шлунка і множинними гострими виразками шлунка в поєднанні з ерозійним бульбітом існує чітка різниця: рівень сенсибілізації до вісцеральної очеревини при одиничній гострій виразці шлунка нижче, ніж при множинних гострих виразках шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом на 42 ум. од. (при t=5,5; р≤0,001), до парієтальної очеревини на 85 ум. од. (при t=2,7; р≤0,01), а до шлунка на 22 ум. од., але при t=1,93; р≥ 0,05.

Таблиця 1

Показники сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка (ум.од.) контрольної групи хворих на ГП залежно від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ (n=92)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Форма пан- креатитуТканини | Норма | ГП(M±m) | Характер ураження ШКТ |
| ГОВШ(M±m) | ГОВШ+од.ерозії(M±m) | ГОВШ+мн.ерозії(M±m) | МГВШ+ер. бульбіт(M±m) |
| Вісцеральна очеревина | 0,01±0,003\* | 0,269±0,018 | 0,247±0,003 | 0,256±0,004\* | 0,270±0,006\* | 0,289±0,007\* |
| Парієтальна очеревина | 0,01±0,004\* | 0,191±0,037 | 0,143±0,014\* | 0,176±0,007 | 0,191±0,004 | 0,228±0,025\* |
| Шлунок | 0,01±0,006\* | 0,096±0,011 | 0,083±0,003 | 0,091±0,003\* | 0,098±0,001 | 0,105±0,011 |

*Примітка. \* - достовірна розбіжність (р≤0,05)*

При вивченні рівня сенсибілізації організму до тканин, що становлять предмет вивчення, у хворих на ГДП встановлено (таблиця 2), що так само, як і при ГП, спостерігається достовірне підвищення даних показників у порівнянні з нормою і ГП (р≤0,05). Аналогічно, як і при ГП, ГДП характеризується різницею при одиничній гострій виразці шлунка і множинних гострих виразках шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом на 40 ум. од. до вісцеральної очеревини (при t=2,5; р≤0,05), до парієтальної очеревини на 55 ум. од. (при t=2,7; р≤0,01), а до шлунка на 73 ум. од. при t=3,0; р≤0,01.

Таблиця 2

Показники сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка (ум. од.) контрольної групи хворих на ГДП залежно від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ (n=53)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Форма пан- креатиту Тканини | Норма | ГДП(M±m) | Характер ураження ШКТ |
| ГОВШ(M±m) | ГОВШ+од.ерозії(M±m) | ГОВШ+мн.ерозії(M±m) | МГВШ+ер. бульбіт(M±m) |
| Вісцеральна очеревина | 0,01±0,003\* | 0,360±0,021 | 0,342±0,016 | 0,372±0,006 | 0,380±0,002 | 0,382±0,001\* |
| Парієтальна очеревина | 0,01±0,004\* | 0,283±0,024 | 0,259±0,009\* | 0,295±0,007 | 0,308±0,004 | 0,314±0,002\* |
| Шлунок | 0,01±0,006\* | 0,155±0,046 | 0,131±0,024 | 0,170±0,008 | 0,195±0,004 | 0,204±0,004\* |

 *Примітка. \* - достовірна розбіжність (р≤0,05).*

Аналіз наданих результатів дослідження дозволив нам висунути гіпотезу залежності характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ від рівня сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка хворих на ГП. Всі хворі, госпіталізовані до клініки з приводу ГП, повинні мати рівень сенсибілізації до парієтальної очеревини не менше 0,143±0,014 ум.од., до вісцеральної очеревини не менше 0,247±0,014 ум.од. і до тканин шлунка не менше 0,083±0,011 ум.од.

Для підтвердження даного положення було довільно сформовано групу у складі 60 осіб з гострими ерозіями, виразками шлунка та ДПК, у яких на момент госпіталізації вивчали рівні сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка. На підставі отриманих результатів дослідження визначали вірогідність виникнення кровотечі з гострих ерозій, виразок, а також відповідність дійсності (проводили ендоскопічний контроль).

У 60 осіб діагноз гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ був виставлений за даними ендоскопічного дослідження, але була невідома вірогідність виникнення кровотечі з них. У 31 пацієнта передбачався розвиток кровотечі з гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК, яке надалі виникло у 24 осіб. У 29 хворих, за даними дослідження, виключався розвиток гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК з кровотечею. Надалі ускладнення розвинулося у 4 хворих, а в 25 випадках прогнозований тест підтвердився.

 Таким чином, за даними імунологічного тесту, припускати імовірність кровотечі з гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП можна зі специфічністю 78 %, чутливістю 85,7 % і інформативністю 81,7 %.

Для вивчення специфічності, чутливості й інформативності показників **динаміки зміни** альфа–амілази і її ізоферментів залежно від характеру уражень ШКТ (гострі ерозії і виразки) проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 186 пацієнтів**.**

Дослідження показали, що на початку виникнення гострих ерозій і виразок має місце зростання альфа-амілази і її фракцій до 198±14 U/l (норма до 190), причому залишається нормальна пропорція панкреатичної 72±6 U/l (норма до 64) і слинної амілази 94±5 U/l (норма до 96). Слід зазначити, що існує прямо пропорційна залежність між рівнем ізоферментів і характером ураження ШКТ (гострі ерозії і виразки) у хворих на ГП.

При ураженні ШКТ (ГОВШ+од. ерозії) у хворих на ГДП спостерігається підвищення альфа-амілази до 380±48 U/l і її ізоферментів, а при поєднанні ураження ШКТ (МГВШ+ер. бульбіт) - деяке зниження альфа-амілази з 580±74 U/l до 560±12 U/l. При цьому рівень П-амілази, навпаки, зростає з 211±55 U/l до 545±6 U/l, а рівень слинної амілази зменшується з 160±37 U/l до 76±7 U/l. Даний факт свідчить про порівняно вищу специфічність П-амілази до характеру ураження ШКТ. Якщо зменшення рівня альфа-амілази взяти за ознаку в плані прогнозування гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП, то даний показник буде мало інформативним.

Вивчено чутливість, специфічність й інформативність рівня альфа-амілази в плані прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП.

За даними визначення рівня альфа-амілази, діагноз кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК припускався в 63 випадках, але остаточно він підтвердився у 58. Зі 123 хворих, у яких за даними діагностичного тесту не передбачався розвиток кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК це ускладнення виникло у 35 пацієнтів, а у 88 випадках прогнозований тест підтвердився.

Відповідно, якщо брати рівень альфа-амілази за прогностичну ознаку діагностики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП, то він характеризується специфічністю на 71,5 %, чутливістю на 92,1 % та інформативністю на 78,5 %.

При вивченні чутливості, специфічності й інформативності рівня П-амілази з метою прогнозування гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК отримано такі дані.

Зважаючи на рівень П-амілази, діагноз кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК передбачався у 89 випадках, що одержало підтвердження у 88 пацієнтів. З 97 хворих, у яких, за даними дослідження, виключався розвиток гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК з кровотечею, надалі ускладнення знайшло розвиток у 5 хворих.

Відповідно, чутливість даного методу діагностики склала 94,8 %, специфічність - 98,9 %, а інформативність - 96,8 %.

Таким чином, на підставі проведених нами досліджень встановлено, що найбільш чутливим і інформативним за прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП є визначення рівня панкреатичної амілази крові.

При вивченні загальної кислотності шлунка у хворих контрольної групи на набряклу і деструктивну форми панкреатиту виявлено незначне її підвищення незалежно від характеру ураження ШКТ. При дослідженні контамінації Helicobacter pylori у хворих з набряклою і деструктивною формами панкреатиту не виявлено залежності між збудником і характером ураження шлунка та ДПК (p>0,05).

У таблиці 3 представлена залежність показників ендогенної інтоксикації від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих на ГП.

Таблиця 3

Показники ендогенної інтоксикації залежно від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих контрольної групи ГП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Норма | ГП  | Характер ураження ШКТ |  |
| ГОВШ | ГОВШ +од. ерозії | ГОВШ+мн. ерозії | МГВШ +ер. бульбіт |
| МСМ, опт. ед. (*λ*=254 нм) | 247,12 ±11,08 | 398,24±8,52 | 382,86±9,26 | 384,72±8,06 | 391,24±9,06 | 394,72±10,11 |
| МСМ, опт.од. (*λ*=280нм) | 332,89 ±16,17 | 486,41±10,31 | 477,04±9,61 | 478,17±10,6 | 482,89±11,08 | 480,75±9,76 |
| ЗКА, г/л | 52,12 ±0,54 | 45,97±0,59 | 44,86±0,84 | 45,64±0,41 | 45,58±0,51 | 45,41±0,62 |
| ЕКА, г/л | 45,92 ±0,61 | 32,36±0,48 | 33,41±0,52 | 32,22±0,48 | 31,89±0,64 | 32,17±0,61 |
| РВА, ум. од. | 0,89 ±0,02 | 0,71±0,01 | 0,68±0,03 | 0,70±0,02 | 0,71±0,02 | 0,69±0,03 |
| ІТ, ум. од. | 0,08 ± 0,01 | 0,46±0,04 | 0,48±0,02 | 0,47±0,03 | 0,47±0,04 | 0,45±0,03 |

Аналіз таблиці 3 показав, що не існує достовірних відмінностей (p>0,05) між показниками ендогенної інтоксикації і характером ураження ШКТ( гострі ерозії, виразки) у хворих на ГП.

При вивченні залежності показників перекисного окислення ліпідів і активності фосфоліпази А2 плазми крові від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ (гострі ерозії і виразки) у хворих на ГП отримано такі дані, таблиця 4.

Таблиця 4

Показники перекисного окислення ліпідів і активності фосфоліпази А2 плазми крові залежно від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих контрольної групи ГП

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | Норма | ГП | Характер ураження ШКТ |
| ГОВШ | ГОВШ + од. ерозії | ГОВШ +мн. ерозії | МГВШ + ер. бульбіт |
| ДК, ум.од./мг ліпідів | 246,21+21,22 | 582,13±12,37 | 589,17±10,06 | 591,28±11,18 | 594,16±12,08 | 586,14±10,99 |
| ТК, ум.од./мг ліпідів | 189,42+9,61 | 362,24±10,14 | 370,18±9,64 | 359,82±10,01 | 362,74±8,97 | 360,17±9,01 |
| *Fe2+-МДА*, нмоль/г білка | 5,47 +0,24 | 8,22±0,18 | 8,31±0,14 | 8,08±0,11 | 8,31±0,17 | 8,33±0,12 |
| Фосфоліпаза *А2,* мкмоль/с/г білка | 0,07 +0,01 | 0,69±0,02 | 0,70±0,01 | 0,68±0,03 | 0,69±0,01 | 0,71±0,02 |

Дослідження показників перекисного окислення ліпідів і активності фосфоліпази А2 плазми крові (табл. 4.) не виявило достовірних відмінностей (p>0,05) показників перекисного окислення ліпідів, активності фосфоліпази А2 плазми крові і характеру ураження ШКТ (гострі ерозії і виразки).

При вивченні залежності показників згортання крові від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих на ГП отримані наступні дані, таблиця 5.

Таблиця 5

Показники динаміки згортання крові залежно від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих контрольної групи ГП

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | **Норма** | ГП | Характер ураження ШКТ |
| ГОВШ | ГОВШ+ од. ерозії | ГОВШ+мн. ерозії | МГВШ+ ер. бульбіт |
| Час згортання, с | 436,28+7,83 | 359,68±3,55 | 355,17±4,68 | 362,24±3,17 | 361,84±3,73 | 360,264±3,71 |
| Час рекальцифікації, с | 135,57+4,28 | 110,21±3,85 | 112,81±3,08 | 110,74±3,69 | 114,17±3,06 | 111,28±2,73 |
| Каоліновий час, с | 67,48+1,82 | 58,47±1,58 | 56,17±1,96 | 57,84±1,48 | 58,24±1,62 | 58,38±1,74 |
| Антитром-бін III, с | 89,12+1,23 | 82,47±1,12 | 83,21±1,17 | 81,96±1,87 | 82,74±1,01 | 83,12±1,10 |

Враховуючи багатокомпонентність системи згортання крові, ми не виявили будь-якої залежності змін чинників згортання відносно характеру ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів ШКТ (p>0,05). Зміни здебільшого стосувалися тяжкості ураження підшлункової залози (більшою мірою форми панкреатиту).

З метою вивчення взаємозв'язку П-амілази, сенсибілізації і альфа- амілази створено математичну модель. Процес моделювання показав, що існує чіткий кореляційний взаємозв'язок рівня сенсибілізації організму хворого і рівня вмісту П-амілази з коефіцієнтом кореляції R=0,92 при ступені точності опису моделі r=0,84. При цьому критерій Фішера F=42,01 (p=0,0001). Між альфа - амілазою і сенсибілізацією з коефіцієнтом кореляції R=0,63, при ступені точності опису моделі R=0,4, критерії Фішера F=3,07 не встановлено чіткого кореляційного зв'язку, що дає підставу не враховувати даний показник при прогнозуванні кровоточивих гострих ерозій, шлунка та ДПК (p=0,01).

Отримані результати дослідження дали змогу нам розробити алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК у хворих на гострий панкреатит, який має такий вигляд (рис. 1).

+

Посилити лікування ГП

+

-

Рівень сенсибілізації

-

=

+

Рівень панкреатичної амілази

Рівень альфа - амілази крові

Хворий на ГП

Пропонована нами схема лікування

Пропонована нами схема лікування

-

+

-

Продовжувати традиційне лікування

Продовжувати традиційне лікування

Рис. 1. Алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК у хворих на гострий панкреатит

Таким чином, на підставі проведених нами досліджень встановлено, що найбільш чутливими та інформативними тестами для прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК у хворих на ГП є рівень панкреатичної амілази в крові і сенсибілізація організму до тканин парієтальної і вісцеральної очеревини, а також до шлунка.

Розроблений алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та ДПК у хворих на ГП використовували в основній групі дослідження і вивчали ефективність його застосування.

Досліджувану групу склали 142 пацієнти з гострим панкреатитом, з яких 84 (59,1 %) -пацієнти з набряклою і 58 (40,9 %) хворих з деструктивною формами захворювання.

У хворих на набряклу форму панкреатиту (основна група) ураження шлунка та ДПК найчастіше мали вигляд одиничної гострої виразки шлунка – 59 (41,5 %), причому переважно за рахунок групи хворих на ГП; на другому місці - гостра одинична виразка шлунка у поєднанні з одиничними ерозіями – 35 (24,6 %); на третьому - гостра одинична виразка шлунка у поєднанні з множинними ерозіями – 28 (19,8 %) з переважанням пацієнтів з групи хворих на ГП і на останньому місці група пацієнтів - з множинними гострими виразками шлунка у поєднанні з ерозійним бульбітом – 20 (14,1 %).

Таким чином, при набряклій і деструктивній формі панкреатиту верхній поверх ШКТ найчастіше зазначає ураження у вигляді одиничної гострої виразки шлунка, що певною мірою є підставою для припущення того, що запропонована нами схема лікування дозволяє зменшити характер ураження шлунка та ДПК.

Зі 142 хворих у 15 (10,5 %) пацієнтів гострі ерозії, виразки шлунка та ДПК ускладнилися шлунково-кишковою кровотечею, яку діагностовано у хворих на ГДП. У групі хворих з набряклою формою панкреатиту кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК не виявлено.

Легкий ступінь крововтрати спостерігався у 9 пацієнтів, що склало 60%, середній - у 6(40 %), тяжкий ступінь крововтрати не зустрічався у жодного пацієнта.

Найбільшу (60 %) групу з легким ступенем крововтрати склали хворі з одиничною гострою виразкою шлунка, середнім (40%) – з одиничною гострою виразкою шлунка у поєднанні з одиничними ерозіями.

Проведений порівняльний аналіз рівнів сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка залежно від програми лікування контрольної і основної груп (таблиця 6).

Таблиця 6

Показники сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка (ум. од.) у хворих контрольної (I) і основної (II) груп ГП в динаміці

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ФормаТканини | Норма | ГП | Термін лікування | Група |
| 3-я доба | 7-а доба | 14-а доба |
| Вісцеральна очеревина | 0,01±0,003 | 0,269±0,018 | 0,251±0,022 | 0,231±0,012**×** | 0,164±0,018\* | I |
| 0,223±0,032 | 0,178±0,022**×** | 0,106±0,026\* | II |
| Парієтальна очеревина | 0,01±0,004 | 0,191±0,037 | 0,186±0,024 | 0,164±0,032 | 0,122±0,013 | I |
| 0,166±0,019 | 0,138±0,012 | 0,095±0,022 | II |
| Шлунок | 0,01±0,006 | 0,096±0,011 | 0,089±0,012 | 0,078±0,022 | 0,056±0,014 | I |
| 0,082±0,011 | 0,052±0,018 | 0,032±0,016 | II |

*Примітка. \*– достовірна розбіжність з попереднім днем (р≤0,05);*

***×*** *–достовірна розбіжність між групами (р≤0,05).*

У наших спостереженнях (таблиця 6), за показниками рівня сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка в контрольній і основній групах відзначено, що лише на 14-у добу спостерігалася достовірна відмінність рівня сенсибілізації до вісцеральної очеревини (р≤0,05). При порівнянні динаміки рівня сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка між групами встановлено, що лише на 7-у добу визначається достовірне зниження рівня сенсибілізації до вісцеральної очеревини в основній групі в порівнянні з контрольною (р≤0,05).

Таблиця 7

Показники сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка (в ум.од.) у хворих контрольної (I) і основної (II) груп ГДП в динаміці

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ФормаТканини | Норма | ГДП | Термін лікування | Гру-па |
| 3-я доба | 7-а доба | 14-а доба |
| Вісцеральна очеревина | 0,01±0,003 | 0,360±0,021 | 0,312±0,022 | 0,289±0,019**×** | 0,254±0,013 | I |
| 0,288±0,018 | 0,267±0,017**×** | 0,213±0,019\* | II |
| Парієтальна очеревина | 0,01±0,004 | 0,283±0,024 | 0,274±0,023 | 0,241±0,013 | 0,203±0,012\* | I |
| 0,255±0,019 | 0,207±0,012\* | 0,174±0,016 | II |
| Шлунок | 0,01±0,006 | 0,155±0,046 | 0,142±0,036 | 0,128±0,021 | 0,089±0,013 | I |
| 0,122±0,021 | 0,097±0,016 | 0,064±0,011 | II |

*Примітка. \*– достовірна розбіжність з попереднім днем (р≤0,05);*

***×*** *- достовірна розбіжність між групами (р≤0,05)*

Аналіз показників сенсибілізації організму до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка показав (таблиця 7), що лише на 14-у добу спостерігалася достовірна відмінність рівня сенсибілізації до вісцеральної, а до парієтальної очеревини на 7-у та 14-у добу (р≤0,05). При порівнянні динаміки рівня сенсибілізації до вісцеральної, парієтальної очеревини і тканин шлунка між групами на 7-у добу виявлено достовірне зниження рівня сенсибілізації до вісцеральної очеревини в основній групі в порівнянні з контрольною (р≤0,05).

При порівняльному аналізі залежності ступеня контамінації Helicobacter pylori і кислотності шлунка від характеру ерозивно-виразкового ураження ШКТ у хворих контрольної і основної груп з набряклою і деструктивною формами панкреатиту загальна кислотність шлунка недостовірно підвищувалася або знижувалася (р>0,05). Надалі кислотність шлунка залишається постійною незалежно від виду ураження ШКТ. При дослідженні ступеня контамінації Helicobacter pylori також не виявлено залежності між збудником і характером ураження ШКТ при гострому панкреатиті, а також від групи дослідження (р>0,05).

З контрольної групи 23 (15,8 %) пацієнта і з основної 6 (4,2 %) хворих підлягали оперативному лікуванню. Після операції в основній групі хворих летальних результатів не відмічено. Загальна летальність в основній групі склала 2,8 %. **У групі контролю після операції померло 8 хворих (34,7 %), всього померло 11 пацієнтів (загальна летальність - 7,6 %).**

З приводу рецидиву кровотечі з гострих виразок було прооперовано 3 хворих контрольної групи. При лапаротомії виконано гастротомію та прошивання кровоточивих гострих виразок. Селективнаваготомія використовувалася у 2 випадках, трункулярна – в 1 хворого. Успішним хірургічне втручання виявилося лише для одного хворого. У 15 хворих основної групи діагностовано шлунково-кишкову кровотечу з гострих ерозій, виразок шлунка та ДПК і лише в 1 хворого проведено оперативне втручання. Летальних результатів після операції не було.

**Таким чином, враховуючи вищевикладене, можна стверджувати, що розроблені нами критерії прогнозування допомагають цілеспрямовано проводити профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку кровоточивих гострих ерозій, виразок верхніх відділів ШКТ у хворих на гострий панкреатит. Розроблена нами схема профілактики утворення кровоточивих гострих виразок, ерозій шлунка та дванадцятипалої кишки забезпечила зниження** відсотка даного ускладнення з 22,7 % у контрольній групі до 10,5 % в основній групі хворих.

**ВИСНОВКИ**

У роботі наведено теоретичне обґрунтування і практичне рішення актуальної задачі сучасної хірургічної панкреатології – поліпшення результатів лікування хворих на гострий панкреатит шляхом розробки критеріїв прогнозування і профілактики розвитку кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

1. У прогнозуванні кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит прогностичне значення має визначення рівня панкреатичної амілази вище 72 U/l і сенсибілізації організму до тканин шлунка вище 0,083 ум.од., вісцеральної очеревини вище 0,247 ум.од. та парієтальної очеревини понад 0,143 ум.од.

2. З`ясовано, що показники сенсибілізації організму до тканин шлунка, парієтальної і вісцеральної очеревини дозволяють діагностувати наявність кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит зі специфічністю 78 %, чутливістю 85,7 % й інформативністю 81,7 %. Специфічність рівня панкреатичної амілази крові в постановці діагнозу кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки складає 98,9 %, чутливість - 94,8 %, а інформативність - 96,8 %.

3. З`ясовано, що показники сенсибілізації організму до тканин шлунка, вісцеральної та парієтальної очеревини і панкреатичної амілази можуть використовуватися як прогностичні критерії прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит. Дані показники входять до математичної моделі й отримані з коефіцієнтом вірогідності р=0,0001, при цьому коефіцієнт кореляції між досліджуваними величинами склав r =0,92 при ступені точності опису моделі r =0,84.

4. Профілактику кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит з включенням методів озоно– і лазеротерапії до традиційного лікування необхідно проводити на підставі розробленого прогностичного алгоритму, а саме: у разі підвищення рівня сенсибілізації організму до тканин шлунка з 0,08 ум.од. до 0,1 ум.од., парієтальної очеревини з 0,14 ум.од. до 0,22 ум.од., вісцеральної очеревини з 0,25 ум.од. до 0,29 ум.од. іпанкреатичної амілази з 72 U/l до 211 U/l. Хірургічне лікування хворих на кровоточиві гострі ерозії, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки доцільне лише при стійкій кровотечі та її рецидивах.

5. Застосування запропонованого нами алгоритму прогнозування і профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит і використання комбінованих методів озоно- і лазеротерапії **дозволило з**низити розвиток шлунково-кишкових кровотеч з 22,7 % у контрольній групі до 10,5 % в основній групі хворих.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Луценко Ю.Г. Ендоскопічна лазеротерапія в профілактиці утворення гострих ерозій і виразок шлунка та дванадцятипалої кишки як ускладнень гострого панкреатиту / Ю.Г. Луценко // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2006. – Вип. 10, т. 2. – С. 240 – 244.
2. Диагностика и лечение острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и кишечника с применением лазеров при остром панкреатите / И.Е. Верхулецкий, А.Ф. Медведенко, Ю.Г. Луценко, Е.И. Верхулецкий, О.В. Розенко, В.В. Волков, Д.Н. Синепупов // Хірургія України. – 2005. - № 3 (15). – С. 26 – 29.

 Особисто здобувачем було зібрано та оброблено матеріал, проаналізовано одержані результати, сформулювано висновки.

1. Верхулецкий И.Е. Комплексное лечение острых кровоточащих эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при остром деструктивном панкреатите / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко // Вестник неотложной и восстановительной медицины.– 2006. - Т. 7, № 3. – С. 369 – 372.

Здобувачем виконано комплексне лікування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий деструктивний панкреатит.

1. Профилактика острых эрозий и язв пищеварительного тракта у больных острым деструктивным панкреатитом / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко, Ф.К. Папазов, Е.И. Верхулецкий // Вестник неотложной и восстановительной медицины.– 2006.- Т. 7, № 3.– С. 490– 491.

 Здобувачем виконано комплексну профілактику гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий деструктивний панкреатит.

1. Верхулецкий И.Е. Прогнозирование и профилактика острых язв и эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта при остром панкреатите / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко // Питання експериментальної та клінічної медицини.– 2006.–Вип. 10, т. 2.– С. 240 – 244.

Особисто здобувачем було зібрано матеріал, зроблено аналіз одержаних результатів.

1. Показатели ферментно-иммунологического спектра крови при лечении острых эрозий и язв гастродуоденальной зоны у больных острым деструктивным панкреатитом / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко, Д.Н. Синепупов // Харківська хірургічна школа. - 2007. - № 4. – С. 33-35.

 Здобувачем виконано аналіз одержаних матеріалів.

1. Верхулецкий И.Е. Прогнозирование острых гастродуоденальных изъязвлений, осложненных кровотечением у больных с острым панкреатитом / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко // Вестник неотложной и восстановительной медицины.– 2007.- Т. 8, № 1.– С. 15 – 18.

Особисто здобувачем було виконано ретроспективний аналіз лікування хворих, збір матеріалу, статистичну обробку одержаних результатів, сформульовано висновки.

1. Пат. 11994 U Україна, МПК А 61 K 35/39. Спосіб лікування гострих ерозій і виразок шлунка й кишечнику при гострому панкреатиті / Верхулецький І.Є., Луценко Ю.Г., Верхулецький Є.І., Григор`ян А.І.; заявник та патентовласник Донецький національний медичний університет ім. М.Горького. - №200507182; заявл. 19.07.2005; опубл. 16.01.2006, Бюл. 1.

Здобувачем здійснено розробку нового способу лікування гострих ерозій і виразок шлунка й кишечнику при гострому панкреатиті.

1. Пат. 18859 Україна, МПК А61K 47/08. Спосіб профілактики утворення гострих ерозій і виразок слизової оболонки шлунка та кишечника в ранньому післяопераційному періоді у хворих на гострий деструктивний панкреатит / Верхулецький І.Є., Луценко Ю.Г., Верхулецький Є.І., Григор`ян А.І., Жихарський Р.В.; заявник та патентовласник Донецький національний медичний університет ім. М.Горького. - № 200606545; заявл. 13.06.2006; опубл. 15.11.2006; Бюл.11.

Здобувачем здійснено розробку нового способу профілактики гострих ерозій і виразок слизової оболонки шлунка та кишечника в ранньому післяопераційному періоді у хворих на гострий деструктивний панкреатит.

1. Пат. 24625 Україна, МПК G 01 N 33/531. Спосіб прогнозування розвитку гострих ерозій і виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих з гострим деструктивним панкреатитом / Верхулецький І.Є., Луценко Ю.Г.; заявник та патентовласник Донецький національний медичний університет ім. М.Горького.- № 2007 01269; заявл. 06.02.2007; опубл. 10.07.2007, Бюл. 10.

Здобувачем виконано розробку нового способу прогнозування розвитку гострих ерозій і виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих з гострим деструктивним панкреатитом.

1. Верхулецкий И.Е. Комплексное лечение и профилактика образования острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта при остром деструктивном панкреатите / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко, Е.И. Верхулецкий, О.В. Розенко, А.С. Гавриленко, А.И. Григорьян // Материалы XXI съезда хирургов Украины 5-7 октября, 2005г.: тезисы докл – З., 2005. – С. 134-135.

Особисто здобувачем було зібрано матеріал, зроблено аналіз одержаних результатів.

1. Верхулецкий И.Е. Профилактика образования острых гастродуоденальных язв в раннем послеоперационом периоде у больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита с применением лазерной терапии / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко, Е.И. Верхулецкий, Ф.К. Папазов, А.С. Гавриленко // Современные достижения лазерной медицины и их применение в практическом здравоохранении: Мат. научно-практ. конф., 5-6 октября 2006г.: тезисы докл. – М., 2006.– С. 49-50.

Здобувач власноруч зібрав матеріали і докладно його проаналізував.

1. Луценко Ю.Г. Иммунопатогенетические аспекты образования острых язв и эрозий ЖКТ при остром панкреатите / Ю.Г. Луценко // VI –і читання ім. В.В. Підвисоцького: бюлетень матеріалів наукової конф., 31 травня – 1 червня 2007 р. – О., 2007. – С. 82-83.
2. Верхулецкий И.Е. Лечение и профилактика острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом (обзор литературы) / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко // Український Журнал Хірургії. – 2008.– № 2. - С. 133-138.

Особисто здобувачем виконано огляд зібраної літератури.

**АНОТАЦІЯ**

Луценко Ю.Г. Прогнозування і профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В. К. Гусака Академії медичних наук України», Донецьк, 2009.

Дисертація присвячена розробці критеріїв прогнозування, профілактиці кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит.

Обстежено 287 хворих з гострими ерозіями, виразками шлунка та дванадцятипалої кишки на тлі гострого панкреатиту, які склали дві групи хворих. На першому етапі вивчено контрольну групу - 145 хворих із традиційним лікуванням гострого панкреатиту. На підставі матеріалу даної групи розроблено алгоритм прогнозування і профілактики кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки при гострому панкреатиті.

На другому етапі вивчено основну групу - 142 пацієнти, яких було набрано методом стратифікаційної рандомізації. У цій групі хворих за допомогою розробленого алгоритму здійснено прогнозування кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка і дванадцятипалої кишки і апробовано розроблену нами методику профілактики з оцінкою її клінічної ефективності.

Аналізуючи результати лікування контрольної групи встановлено, що найбільш значимими показниками в прогнозуванні кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит є рівень панкреатичної амілази в крові і сенсибілізація організму до тканин парієтальної і вісцеральної очеревини, а також до шлунка.

Доведено ефективність застосування розробленої програми **прогнозування і профілактики утворення** кровоточивих **гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит, яка забезпечила зниження** розвитку даного ускладнення з 22,7 % у контрольній групі до 10,5 % в основній групі хворих.

*Ключові слова:* панкреатит, прогнозування, профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

**АННОТАЦИЯ**

Луценко Ю.Г. Прогнозирование и профилактика кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака Академии медицинских наук Украины», Донецк, 2009.

Обследовано 287 больных с острыми эрозиями, язвами желудка и ДПК на фоне ОП, находившихся в хирургических отделениях клиники хирургии №1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. На первом этапе изучена контрольная группа - 145 больных. Все больные получали традиционное лечение острого панкреатита. Предметом исследования больных контрольной группы явился анализ клинических и лабораторных данных с целью определения характера поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в виде острых эрозий, язв при остром и деструктивном панкреатите, а также разработка алгоритма прогнозирования и профилактики кровоточащих острых язв, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анализируя результаты лечения контрольной группы установлено, что наиболее значимыми показателями в прогнозировании кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом являются: уровень панкреатической амилазы в крови и сенсибилизация организма к тканям париетальной и висцеральной брюшины, а также к желудку. Данные показатели входят в математическую модель прогнозирования и получены с достоверностью p<0,0001.

 На втором этапе изучена основная группа – 142 пациента, которая набрана методом стратификационной рандомизации. Традиционное лечение острого панкреатита дополнено комбинированными методами озоно – и лазеротерапии, которые применены в основной группе, а также с помощью разработанного алгоритма осуществлено прогнозирование кровоточащих острых язв, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки и апробирована разработанная нами методика профилактики с оценкой её клинической эффективности.

В контрольной группе 23 (15,8 %) и основной 6 (4,2 %) больных подверглись оперативному лечению. Общая летальность в основной группе составила 2,8%. **В группе контроля после операции умерло 8 больных (34,7 %), всего умерло 11 пациентов (общая летальность - 7,6%).** По поводу рецидива кровотечения из острых язв было оперировано 3 больных контрольной группы. При лапаротомии было выполнено прошивание кровоточащих острых язв. Успешным хирургическое вмешательство оказалось лишь у одного больного. У 15 больных основной группы диагностировано желудочно-кишечное кровотечение из острых эрозий, язв желудка и ДПК, потребовавшее оперативного вмешательства у 1 больного. Летальных исходов после операции не было.

 **Установлено, что разработанные нами критерии прогнозирования помогают целенаправленно проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития кровоточащих острых эрозий, язв желудка и** двенадцатиперстной кишки **у больных острым панкреатитом. Разработанная нами схема профилактики образования острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки позволила** снизить развитие кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки с 22,7 % в контрольной группе до 10,5 % в основной группе больных.

*Ключевые слова:* панкреатит, прогнозирование, профилактика кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

**ANNOTATION**

Lutsenko Y.G. Forecasting and preventive measure of sanguifluous acute erosions, ulcers gastric and duodenal for patients with a acute pancreatitis. - Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.01.03 – surgery. GO «Institute of urgent and recovery surgery named by V.K.Gusak Academy of Medical Sciences of Ukraine», Donetsk, 2009.

Dissertation is devoted development of criteria of prognostication, to the preventive measure of sanguifluous acute erosions, ulcers gastric and duodenal for patients with acute pancreatitis.

287 patients with acute erosions, ulcers by gastric and duodenal were observed on the background acute pancreatitis, which comprised two groups of patients. On the first stage the test group is studied - 145 patients with traditional treatment of acute pancreatitis. On the basis of this group it is retrospectively developed the algorithm of prognostication and preventive measure of sanguifluous acute erosions, ulcers, gastric and duodenal in acute pancreatitis.

On the second stage the basic group - 142 patients was formed by randomized stratification method. In this group of patients by the developed algorithm prognostication of sanguifluous acute erosions, ulcers gastric and duodenal and method of preventive measure approved developed by us is carried out with the estimation of its clinical efficiency.

Analysing the results of treatment of test group it is determined that by the most meaningful indexes in prognostication of sanguifluous acute erosions, ulcers gastric and duodenal for patients with acute pancreatitis is: level of pancreatitis amylase in blood and sensibility of organism to fabrics of parietal and visceral peritoneum, and also to the gastric.

Efficiency of application of the developed program **of prognostication and** preventive measure **of formation of** sanguifluous **acute erosions, ulcers** gastric and duodenal is well-proven **for patients with a acute pancreatitis, which provided the decline** of development of this complication from 22,7 % in a test group to 10,5 % in the basic group of patients.

*Key words:* pancreatitis, prognostication, preventive measure of sanguifluous acute erosions, ulcers gastric and duodenal.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>