

ORCID and contributionship: / ORCID кожного автора та їх внесок до статті:Voskresenskaya L. K.: <https://orcid.org/0000-0001-6389-8928>^{ABCD}Ryadnova V. V.: <https://orcid.org/0000-0001-8815-7827>^{BEF}**Conflict of interest / Конфлікт інтересів:**

The Authors declare no conflict of interest. / Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Ryadnova Viktoriya Viktorivna / Ряднова Вікторія Вікторівна

Poltava State Medical University / Полтавський державний медичний університет

Ukraine, 36000, Poltava, 23 Shevchenko str / Адреса: Україна, 36000, м. Полтава, вул. Шевченка 23

Tel.: +380951003756 / Тел.: +380951003756

E-mail: v.riadnova@pdmu.edu.ua

A – Work concept and design, **B** – Data collection and analysis, **C** – Responsibility for statistical analysis, **D** – Writing the article, **E** – Critical review, **F** – Final approval of the article / **A** – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статистичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті

Received 28.05.2023 / Стаття надійшла 28.05.2023 року

Accepted 07.11.2023 / Стаття прийнята до друку 07.11.2023 року

DOI 10.29254/2077-4214-2023-4-171-157-166

UDC 616.33+616.342]-002.44-007.251-053.9-089.168

^{1,2}Danyliuk M. B., ¹Zavhorodniy C. M., ²Rylov A. I., ¹Kubrak M. A.**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS ELDERLY AND OLD AGE WITH PERFORATION OF STOMACH AND DUODENAL ULCER**¹Zaporizhia State Medical and Pharmaceutical University (Zaporizhzhia, Ukraine)²Municipal Non-Profit Enterprise "City Hospital of Emergency and Ambulance Care" of Zaporizhzhia City Council (Zaporizhzhia, Ukraine)em_de@ukr.net

The article is devoted to the issues of gastric and duodenal ulcer perforation. Despite modern pharmacological advances in the treatment of peptic ulcer disease, the incidence of complicated ulcers remains high. This problem is especially true for elderly and senile patients.

Therefore, our work aimed to evaluate the results of surgical treatment of gastric and duodenal ulcer perforation in elderly and senile patients.

The study was based on the analysis of the results of both surgical treatment and perioperative conservative therapy in elderly and senile patients with gastric or duodenal ulcer perforation. The study included 65 patients with this diagnosis.

Based on our analysis, we determined that surgical treatment of perforated gastric and duodenal ulcers in the elderly and senile is a difficult task. 40.0% of patients, or 26 patients, were hospitalised later than 12 hours after the onset of the disease. Such a delayed onset of the disease has a negative impact on the general condition of patients and treatment outcomes. An important factor in treating this age group is that 89.2% have comorbidities in addition to the main disease.

The duration of the disease, the severity of the general condition and a significant number of comorbidities lead to a high incidence of postoperative complications - 72.3% and mortality in 38.5% of patients.

In conclusion, elderly and senile patients represent a particular category of patients that requires individualised approaches and modification of treatment standards. In turn, it will improve treatment outcomes and thereby reduce the incidence of postoperative complications and mortality.

Key words: perforated ulcer, peritonitis, elderly people.

Connection of the publication with planned research works.

The article is a part of the research work of the Department of General Surgery and Postgraduate Surgical Education of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University on the topic: "Perioperative treatment of elderly and senile patients", state registration number 0117U006955.

Introduction.

Despite the current world achievements in pharmacology in developing new anti-ulcer and anti-Helicobacter therapy regimens, the surgical treatment of

complicated gastroduodenal ulcers remains relevant [1]. According to various sources, the incidence of complications of gastroduodenal ulcer pathology reaches 8.0-15.0% [2, 3]. One of the most severe complications of ulcer disease is perforation, which is more common in people aged 20-40 years, but the percentage of deaths due to this complication in patients over 75 years of age increases significantly and ranges from 15.0% to 68.0% [4, 5, 6, 7].

The treatment of emergency surgical pathology in the elderly and senile people is a very complex problem. This age group of patients includes not only the main

disease, but also several concomitant pathologies, often in a sub- or decompensated state, which negatively affect the general condition and treatment outcomes [8, 9]. Therefore, the problem of analysing the results of treatment of elderly and senile patients with emergency abdominal surgical pathology remains relevant to date to find and develop new approaches to improve the quality of treatment and reduce the incidence of post-operative mortality [10].

The aim of the study.

To evaluate the results of surgical treatment of gastric and duodenal ulcer perforation in elderly and senile patients.

Object and research methods.

To evaluate the results of treatment of gastroduodenal ulcer perforation in elderly and senile patients, we analysed 276 case histories of patients who were hospitalised at Municipal Non-Profit Enterprise “City Hospital of Emergency and Ambulance Care” of Zaporizhzhia City Council with a diagnosis of ulcer disease, gastric or duodenal ulcer perforation.

The inclusion criteria for the study were patients aged 60 to 89 years, i.e., the elderly and senile categories. The exclusion criteria were patients with simultaneous emergency surgical pathology, perforation in the gastroduodenal area on the background of malignancy, and patients hospitalised in a state of clinical death.

Based on the inclusion criteria, we selected 65 patients, 23.6% hospitalised with this pathology. This group of patients is part of the dissertation on the topic: “Surgical aspects of treatment of elderly and senile patients in emergency abdominal surgery”.

The average age of patients was 72.6±8.7 years, of which 38 (58.5%) were elderly, and 27 (41.5%) were senile. According to the gender structure, there were 32 (49.2%) women and 33 (50.8%) men.

At the stage of hospitalisation, all patients underwent the following examinations: complete blood count with a Mythic 18 haematology analyser, “Orphee S.A.” (Switzerland), esophagofibrogastroduodenoscopy with Olympus GIF – H170 (Japan) and an overview X-ray of the abdominal cavity with the REX-650RF diagnostic X-ray system (Korea).

During the history taking and follow-up examination of patients, it was found that 58 (89.2%) had comor-

bidities. The vast majority of them were cardiovascular (coronary heart disease was diagnosed in 76.9% of patients), and a significant number of central nervous system pathologies were detected, namely cerebral atherosclerosis – 33.8% and discirculatory encephalopathy – 44.6%, **table 1**.

Analysing the anamnesis data and the results of additional examinations, it was found that none of the patients had an isolated comorbid pathology, i.e. all of them had several disorders of various organs and systems, and only 7 (10.8%) patients had no concomitant disease.

The statistical evaluation of the study results was performed using STATISTICA 13.0, TIBCO Software Inc. (Licence JPZ804I382130ARCN10-J) and MICROSOFT EXCEL 2013 (Licence 00331-10000-00001-AA404) using parametric and nonparametric criteria. The reliability of the difference in indicators in the groups was assessed using nonparametric statistical analysis methods: Mann-Whitney (U) test for unrelated groups. The data in the text and tables are presented as M ± SD (arithmetic mean ± standard deviation) in the case of a normal distribution of the studied indicator and Me (Q1; Q3) (sample median with the upper (75%) and lower (25%) quartiles) in the case of a distribution that differs from the normal one. Statistically significant results were considered if p<0.05.

Research results.

From the anamnesis, it was determined that 19 (29.2%) patients were admitted to the clinic within 3 hours of the onset of the disease: 13 (20.0%) within 3 to 6 hours, 7 (10.8%) within 6 to 12 hours, 9 (13.8%) within 12 to 24 hours, and 17 (26.2%) within 24 hours (**fig.**).

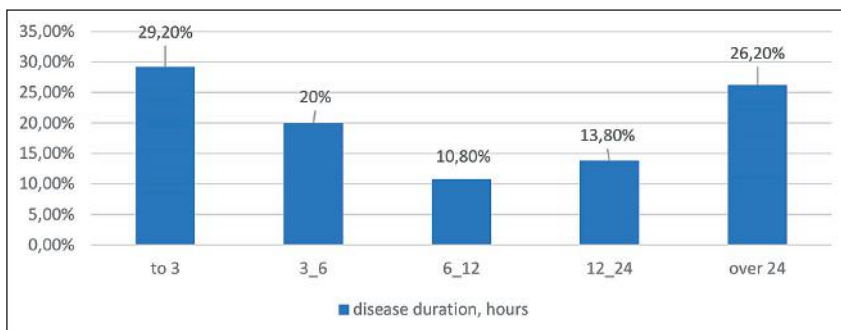


Рисунок – Терміни захворювання до госпіталізації.

Figure shows that a significant number of patients (40.0%) were hospitalised later than 12 hours after the onset of the disease, which significantly affected the general condition of patients and the nature of peritonitis.

Upon confirmation of the diagnosis and preoperative preparation, all patients were operated on urgently. The total duration of preoperative preparation was 1.9±0.5 hours, corresponding to this clinic’s standards and clinical protocols [11].

The operation, in all cases, was performed under total intravenous anaesthesia with artificial lung ventilation (ALV).

During the surgery, all patients had chronic ulcers. Gastric ulcer with perforation was detected in 23 (35.4%) patients, and duodenal ulcer perforation in 42 (64.6%), U=1462.5, p=0.0025.

Table 1 – Comorbidities in the study group

Diagnosis	Number	%
Coronary heart disease	50	76,9
Arterial hypertension	41	63,1
Permanent form of atrial fibrillation	12	18,5
Extrasystole	3	4,6
Discirculatory encephalopathy	29	44,6
Cerebral atherosclerosis	22	33,8
COPD	9	13,8
Pulmonary emphysema	1	1,5
Community-acquired pneumonia	2	3,1
Diabetes mellitus, type 2	12	18,5

Considering the timing of the disease and the intraoperative picture, it was determined that the majority of patients – 48 (73.8%) were hospitalised in the reactive stage of peritonitis; the extend of peritonitis is presented in **table 2**.

The results of **table 2** show that only a small number of patients (7.7%) were hospitalised at the stage of localised peritonitis, while the major part of patients were hospitalised with diffused and generalised peritonitis (92.3%). The type of exudate detected during surgery is described in **table 3**.

Table 3 shows that the vast majority of exudates were of a mixed type: serous-fibrinous 41.5% and fibrinous-purulent 40.0%. Given the timing of the disease, almost half of the patients had a fibrinous-purulent exudate type, and 47.7% had a purulent exudate type.

In the structure of surgical intervention, most patients – 58 (89.2%) – underwent ulcer excision with pyloroduodenoplasty (**table 4**).

In 3 (4.6%) patients, penetration of ulcerative infiltrate into the hepatoduodenal ligament was detected, which required unloading of the biliary tract by cholecystostomy.

The severe postoperative condition of elderly and senile patients required transfer to the intensive care unit for prolongation of mechanical ventilation in 56 (86.2%) cases. Only 9 (13.8%) patients were extubated in the operating room and continued treatment in the unit, $U=585.0, p<0.0001$.

Against the background of the clinic's therapy, according to the treatment standards, 47 (72.3%) patients developed postoperative complications, **table 5**, [11].

Due to the development of postoperative complications, 4 (6.2%) patients underwent gastric relaparotomy and resection according to Bilrot-2 in the Balfour modification.

Non-surgical complications and prolonged mechanical ventilation resulted in tracheostomy in one patient (1.5%), and in two patients (3.1%), pleural drainage by Bühlau was required.

The total duration of inpatient treatment was 10.7 (5.0-14.0) days.

Postoperative mortality was 38.5% in 25 patients. Of these, in 6 (9.2%) patients, the cause of mortality was intoxication on the background of peritonitis, and in 4 (6.2%) patients, anastomotic sutures failed, which required repeated surgery and the development of acute cardiopulmonary insufficiency in the early postoperative period. Non-surgical complications were the cause of mortality in 15 (23.1%) patients (**table 6**).

Discussion of the research results.

Based on the analysis of 276 case histories of patients with gastric or duodenal ulcer perforation, we determined that there were 65 (23.6%) elderly and senile patients, which corresponds to the literature since the primary incidence of this disease occurs at the age of 20-40 years [12, 13].

The duration of the disease from the onset of pain to hospitalisation was assessed, and it was observed that a significant number of patients (40.0%) were ill for more than 12 hours, which in turn negatively affects the results of treatment, especially in the category of elderly and senile patients. The obtained results are comparable to the literature data describing late seeking medical care due to self-treatment [14].

Table 2 – Extend of peritonitis

Extend	n=65 (100,0%)	
	number	%
Localised	5	7,7
Diffused	31	47,7
Generalized	29	44,6

Table 3 – Nature of exudate in subgroups

Exudate	n=65 (100,0%)	
	number	%
Serous	5	7,7
Mixed: serous-fibrinous	27	41,5
Fibrinous	2	3,1
Mixed: fibrinous-purulent	26	40,0
Purulent	5	7,7

Table 4 – Types of surgical interventions

Operation name	n=65 (100,0%)	
	number	%
Suturing	1	1,5
Excision with pyloroduodenoplasty	58	89,2
Bilrot-2 gastric resection in the Balfour modification	6	9,3

Table 5 – Structure of postoperative complications

Complications	n=47 (72,3%)	
	number	%
Surgical	14	21,5
Suppuration of the postoperative wound	2	3,1
Failure of pilurodiodenoplasty sutures	7	10,8
Failure of anastomosis sutures	1	1,5
Seroma	2	3,1
Bleeding	1	1,5
Acute post-traumatic pancreatitis	1	1,5
Non-surgical	33	50,8
Pneumonia	4	6,2
Pulmonary edema	10	15,4
Hydrothorax	14	21,5
Pneumothorax	2	3,1
Pulmonary embolism	1	1,5
Myocardial infarction	2	3,1

Table 6 – Characteristics of fatal cases

Cause of death	Number of patients	%
Surgical causes of death	10	15,4
Endotoxic shock in the background of purulent peritonitis	6	9,2
Failure of anastomotic sutures	4	6,2
Non-surgical causes of death	15	23,1
Bilateral focal bronchopneumonia	2	3,1
Pulmonary edema	10	15,4
Pulmonary embolism	1	1,5
Acute transmural myocardial infarction	2	3,1

All patients were operated on urgently. The vast majority of patients underwent ulcer excision with pyloroduodenoplasty – 58 (89.2%) patients, suturing of the ulcer defect was performed in only one patient (1.5%), and extension of surgery to gastric resection,

according to Bilrot 2 in the Balfour modification was performed in 6 (9.3%) patients. Such data indicate that surgeons use organ-preserving tactics as much as possible during urgent surgery, as this significantly reduces the time of surgery and is less traumatic for the patient.

Gastric ulcer with perforation was detected in 23 (35.4%) patients, and duodenal ulcer perforation in 42 (64.6%), $U=1462.5$, $p=0.0025$, which also corresponds to the literature data on the frequency of gastroduodenal ulcer [15].

Analysing the extent and nature of the peritonitis exudate, we found that only 5 (7.7%) patients had localised peritonitis, while the majority of patients had diffused and generalised peritonitis (92.3%). According to the nature of the exudate, it was found that almost half of the patients had fibrinous-purulent and purulent exudates (47.7%). The main influence on these data is the late treatment of patients for medical care, and as a result, the prevalence and purulent nature of peritonitis increases, which has a more negative impact on the incidence of postoperative mortality.

The overall severity of the patients' condition against the background of surgery required 56 (86.2%) to be transferred to the intensive care unit for prolongation of mechanical ventilation, and only 9 (13.8%) were extubated in the operating room and continued treatment in the unit, $U=585.0$, $p<0.0001$.

The analysis of the results of surgical treatment of elderly and senile patients showed that 47 (72.3%) patients had postoperative complications. In the structure of postoperative complications, we determined that the vast majority of complications were non-surgical – 33 (70.2%) cases, while surgical – 14 (29.8%), $U=1527.5$, $p<0.0065$. Such results indicate that elderly and senile patients are a particular age group in which concomitant, often sub- or decompensated pathology is present against the background of the primary surgical disease, which significantly affects the results of treatment. From the anamnestic data and additional examination methods, we determined that 58 (89.2%) patients were diagnosed with several comorbidities, the vast majority of which were cardiovascular (76.9%) and central nervous system (44.6%).

Another significant study finding was the high incidence of pyloroduodenoplasty suture failure – 7 (12.1%) of 58 patients. It may be necessary to reconsider the indications for using this technique in favour of suturing the perforation in the case of a massive

ulcerative infiltrate. Since excessive mobilisation of the duodenum and significant excision of the ulcerative defect during pyloroduodenoplasty leads to ischaemia of the intestinal walls and increases the risk of suture failure.

The postoperative mortality rate in the study group was 38.5%, or 25 patients, of whom 6 (9.2%) died of endotoxic shock against the background of generalised purulent peritonitis. In 4 (6.2%) patients, the cause of mortality was the failure of the pyloroduodenoplasty sutures, which led to repeated surgical intervention: all patients underwent gastric resection according to Bilrot-2 in the Balfour modification. Repeated surgery and the overall severity of the condition led to acute cardiopulmonary failure in the early postoperative period.

The majority of deaths – 15 (25.1%) – were caused by non-surgical postoperative complications, with pulmonary oedema accounting for the bulk of them – 10 (15.4%). It once again confirms the fact that chronic diseases have a negative impact on treatment outcomes and increases the incidence of deaths in the postoperative period.

Conclusions.

Surgical treatment of perforated gastric and duodenal ulcers in the elderly and senile people is a difficult task. 40.0% of patients, or 26 patients, were hospitalised later than 12 hours after the onset of the disease. Such a delayed onset of the disease has a negative impact on the general condition of patients and treatment outcomes. An important factor in treating this age group is that 89.2% have comorbidities in addition to the main disease.

The duration of the disease, the severity of the general condition and a significant number of comorbidities lead to a high incidence of postoperative complications – 72.3% and mortality in 38.5% of patients.

Analysing the results obtained, we can conclude that elderly and senile patients represent a special category of patients requiring individualised approaches and modification of treatment standards. In turn, this will improve treatment outcomes and thereby reduce the incidence of postoperative complications and mortality.

Prospects for further research.

Our analysis and identification of the main problems will allow us to continue working towards improving the results of surgical treatment of elderly and senile patients by developing and modifying perioperative treatment methods.

DOI 10.29254/2077-4214-2023-4-171-157-166

УДК 616.33+616.342]-002.44-007.251-053.9-089.168

^{1,2}Данилюк М. Б., ¹Завгородній С. М., ²Рилов А. І., ¹Кубрак М. А.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРФОРАЦІЄЮ ВИРАЗКИ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет (м. Запоріжжя, Україна)

²КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМП (м. Запоріжжя, Україна)

em_de@ukr.net

Стаття присвячена питанням перфорації виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. Не зважаючи на сучасні фармакологічні досягнення в лікуванні виразкової хвороби, частота ускладнених виразок залишається високою. Особливо ця проблема стосується пацієнтів похилого та старечого віку.

Тому метою нашої роботи стала оцінка результатів хірургічного лікування перфорації виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у пацієнтів похилого та старечого віку.

В основу роботи покладено аналіз результатів як хірургічного лікування так і періопераційної консервативної терапії пацієнтів похилого та старечого віку із перфорацією виразки шлунку чи дванадцятипалої кишки. В роботу включено 65 пацієнтів із зазначеним діагнозом.

На основі проведеного аналізу нами було визначено, що хірургічне лікування перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у осіб похилого та старечого віку є складним завданням. 40,0% пацієнтів, а це 26 хворих були госпіталізовані пізніше 12 годин з початку захворювання. Такі терміни захворювання негативно впливають на загальний стан пацієнтів та результати лікування. Важливим фактором в лікуванні даної вікової категорії є те, що окрім основного захворювання у 89,2% є супутні захворювання.

Тривалість захворювання, важкість загального стану та значна кількість супутньої патології, призводять до великої частоти післяопераційних ускладнень – 72,3% та смертності у 38,5% хворих.

Проводячи підсумки, можна зробити висновок, що пацієнти похилого та старечого віку являють собою особливу категорію хворих, яка потребує індивідуалізації підходів та модифікацію стандартів лікування. В свою чергу це покращить результати лікування і тим самим зменшить частоту післяопераційних ускладнень і смертності.

Ключові слова: перфоративна виразка, перитоніт, похилий вік.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Стаття є частиною науково-дослідної роботи кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медичного університету на тему: «Періопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», № державної реєстрації 0117U006955.

Вступ.

Не зважаючи на сучасні світові досягнення фармакології у розробці нових схем противиразкової і антихелікобактерної терапії, залишається актуальною проблема хірургічного лікування ускладнених гастродуоденальних виразок [1]. За різними джерелами частота ускладнень виразкової патології гастродуоденальної зони сягає 8,0-15,0% [2, 3]. Одним із найгірших ускладнень виразкової хвороби є перфорація, яка частіше спостерігається у осіб віком 20-40 років, але відсоток летальних випадків при даному ускладненні у пацієнтів старше 75 років значно зростає і сягає від 15,0% до 68,0% [4, 5, 6, 7].

Лікування ургентної хірургічної патології у осіб похилого та старечого віку є дуже складною проблемою. Дана вікова категорія пацієнтів включає в себе не лише основне захворювання, а і ряд супутніх патологій, часто в суб- або декомпенсованому стані, що негативно впливають на загальний стан та результати лікування [8, 9]. Тому і на цей час актуальною залишається проблема аналізу результатів лікування пацієнтів похилого та старечого віку з невідкладною абдомінальною хірургічною патологією для пошуку та розробки нових підходів для покращення якості лікування та зниження частоти післяопераційної летальності [10].

Мета дослідження.

Оцінити результати хірургічного лікування перфорації виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у пацієнтів похилого та старечого віку.

Об'єкт і методи дослідження.

Для оцінки результатів лікування перфорації виразки гастродуоденальної зони у осіб похилого та старечого віку, нами було проаналізовано 276 історій хвороби пацієнтів, що були госпіталізовані до КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної до-

помоги» ЗМП з діагнозом виразкова хвороба, перфорація виразки шлунку чи дванадцятипалої кишки.

Критеріями включення в дослідження були пацієнти віком від 60 до 89 років, тобто категорії похилого та старечого віку. Критеріями невключення стали пацієнти з симультанною ургентною хірургічною патологією, перфорація в гастродуоденальній зоні на фоні злякисного новоутворення та пацієнти, що госпіталізовані в стані клінічної смерті.

На основі критеріїв включення нами відібрано 65 хворих, що становить 23,6% від загальної кількості госпіталізованих із даною патологією. Ця група пацієнтів є частиною дисертаційної роботи на тему: «Хірургічні аспекти лікування пацієнтів похилого та старечого віку у невідкладній абдомінальній хірургії».

Середній вік пацієнтів становив 72,6±8,7 років, з них похилого віку було 38 (58,5%), а старечого 27 (41,5%). За гендерною структурою жінок було 32 (49,2%), чоловіків 33 (50,8%).

На етапі госпіталізації усім хворим були виконані обстеження: загальний аналіз крові гематологічним аналізатором Mythic 18, «Orphee S. A.» (Швейцарія), езофагофіброгастродуоденоскопія апаратом Olympus GIF – H170 (Японія) та оглядовий рентген знімок черевної порожнини апаратом – система рентгенівська діагностична REX-650RF (Корея).

При зборі анамнезу та дообстеженні пацієнтів було виявлено, що у 58 (89,2%) присутні супутні захворювання. Переважна більшість серед яких серцево – судинні (ішемічна хвороба серця була діагностована у 76,9% хворих), також виявлена значна кількість патології зі сторони центральної нервової системи, а саме церебральний атеросклероз – 33,8% та дисциркуляторна енцефалопатія – 44,6%, **табл. 1.**

Аналізуючи дані анамнезу та результати дообстежень було виявлено, що у жодного пацієнта не було ізольованої супутньої патології, тобто у всіх відмічено ряд порушень зі сторони різних органів та систем і лише у 7 (10,8%) хворих не було виявлено супутнього захворювання.

Статистична оцінка отриманих результатів дослідження проведена за допомогою програми STATISTICA 13.0, TIBCO Softwareinc. (Ліцензія JPZ8041382130ARCN10-J) та MICROSOFT EXEL 2013 (Ліцензія 00331-10000-00001-AA404) з використанням

Таблиця 1 – Супутня патологія у досліджуваній групі

Діагноз	Кількість	%
Ішемічна хвороба серця	50	76,9
Артеріальна гіпертензія	41	63,1
Постійна форма фібриляції передсердь	12	18,5
Екстрасистолія	3	4,6
Дисциркуляторна енцефалопатія	29	44,6
Церебральний атеросклероз	22	33,8
ХОЗЛ	9	13,8
Емфізема легень	1	1,5
Позагоспітальна пневмонія	2	3,1
Цукровий діабет, тип 2	12	18,5

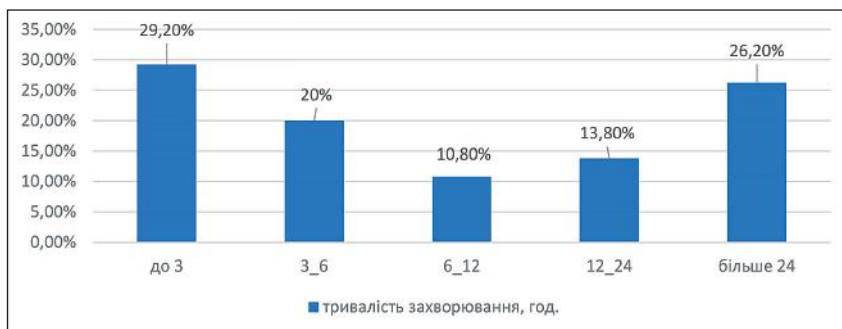


Рисунок – Терміни захворювання до госпіталізації.

параметричних та непараметричних критеріїв. Оцінка достовірності різниці показників у групах проводилася непараметричними методами статистичного аналізу: критерій Манна – Уїтні (U) для непов'язаних груп. Дані в тексті та таблицях представлені у вигляді $M \pm SD$ (середнього арифметичного \pm стандартне відхилення) у разі нормального розподілу досліджуваної ознаки та Me (Q1; Q3) (медіана вибірки із зазначенням верхнього (75%) та нижнього (25%) кватилів) – при розподілі, що відрізняється від нормального. Статистично значущими результатами вважалися, якщо $p < 0,05$.

Таблиця 2 – Розповсюдженість перитоніту

Розповсюдженість	n=65 (100,0 %)	
	кількість	%
Місцевий	5	7,7
Дифузний	31	47,7
Розлитий	29	44,6

Таблиця 3 – Характер ексудату у підгрупах

Ексудат	n=65 (100,0%)	
	кількість	%
Серозний	5	7,7
Змішаний: серозно-фібринозний	27	41,5
Фібринозний	2	3,1
Змішаний: фібринозно-гнійний	26	40,0
Гнійний	5	7,7

Таблиця 4 – Види оперативних втручань

Назва операції	n=65 (100,0%)	
	кількість	%
Ушивання	1	1,5
Висічення із пілородуоденопластиком	58	89,2
Резекція шлунку Більрот-2 в модифікації Бальфура	6	9,3

Результати дослідження.

Із анамнезу визначено, що 19 (29,2%) пацієнтів доставлені до клініки на протязі 3 годин з моменту захворювання: 13 (20,0%) в строки від 3 до 6 годин, 7 (10,8%) від 6 до 12 годин, 9 (13,8%) від 12 до 24 годин та 17 (26,2%) більше 24 годин, (рис.).

Згідно рис. видно, що значна кількість пацієнтів (40,0%) була госпіталізована пізніше 12 год від початку захворювання, що значно вплинуло на загальний стан хворих та характер перитоніту.

При підтвердженні діагнозу та проведенні передопераційної підготовки всі пацієнти були прооперовані в ургентному порядку. Загальна тривалість передопераційної підготовки була $1,9 \pm 0,5$ год., що відповідає стандартам і клінічним протоколам даної клініки [11].

Операція в усіх випадках проведена під тотальною внутрішньовенною анестезією із штучною вентиляцією легень (ШВЛ).

Під час оперативного втручання в усіх хворих були хронічні виразки. Виразкова хвороба шлунку з перфорацією виявлена у 23 (35,4%) пацієнтів, а перфорація виразки дванадцятипалої кишки у 42 (64,6%), $U=1462,5$, $p=0,0025$.

Враховуючи терміни захворювання та інтраопераційну картину визначено, що більшість пацієнтів – 48 (73,8%) були госпіталізовані у реактивній стадії перитоніту, розповсюдженість перитоніту представлена в табл. 2.

Результати табл. 2 показують, що лише незначна кількість пацієнтів – 7,7% була госпіталізована на етапі місцевого перитоніту, тоді як основна частка припадає на дифузний та розлитий – 92,3%. Тип виявленого ексудату під час оперативного втручання охарактеризовано в табл. 3.

З табл. 3 видно, що переважна більшість ексудату було змішаного типу: серозно-фібринозний 41,5% та фібринозно-гнійний – 40,0%. Враховуючи терміни захворювання, майже у половини пацієнтів тип ексудату був фібринозно-гнійний та гнійний – 47,7%.

В структурі оперативного втручання в більшості пацієнтів – 58 (89,2%) було виконано висічення виразки з пілородуоденопластиком, табл. 4.

У 3 (4,6%) хворих було виявлено пенетрацію виразкового інфільтрату в гепато-дуоденальну зв'язку, що потребувало розвантаження жовчовивідних шляхів методом холецистостоми.

Важкий післяопераційний стан пацієнтів похилого та старечого віку потребував у 56 (86,2%) випадках переведення до відділення інтенсивної терапії для пролонгації ШВЛ. Лише 9 (13,8%) хворих були екстубовані в умовах операційної та продовжили лікування у відділенні, $U=585,0$, $p < 0,0001$.

На фоні проведеної терапії клініки, згідно стандартів лікування, у 47 (72,3%) хворих були виявлені післяопераційні ускладнення, табл. 5, [11].

В наслідок розвитку післяопераційних ускладнень у 4 (6,2%) хворих було виконано релапаротомію

та резекцію шлунку за Більрот-2 в модифікації Бальфура.

Не хірургічні ускладнення та пролонгована ШВЛ призвели в однієї хворої (1,5%) до накладання трахеостоми та у двох пацієнтів (3,1%) потребувало дренивання плевральної порожнини за Бюлау.

Загальна тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі склала 10,7 (5,0-14,0) днів.

Післяопераційна летальність склала 38,5% це 25 хворих. Із них у 6 (9,2%) пацієнтів причиною летальності була інтоксикація на фоні перитоніту, та у 4 (6,2%) неспроможність швів анастомозу, що потребувало повторного оперативного втручання та розвитку гострої серцево-легеневої недостатності в ранньому післяопераційному періоді. У 15 (23,1%) пацієнтів причиною летальності стали нехірургічні ускладнення, **табл. 6.**

Обговорення результатів дослідження.

На основі проведеного аналізу 276 історій хвороби пацієнтів із перфорацією виразки шлунку чи дванадцятипалої кишки нами було визначено, що пацієнтів похилого та старечого віку було 65 (23,6%), що відповідає даним літератури, так як основна частота даного захворювання трапляється у віці 20-40 років [12, 13].

Була проведена оцінка термінів захворювання від початку больового синдрому до госпіталізації хворих та відстежено, що значна кількість пацієнтів – 40,0% хворіють більше 12 годин, що в свою чергу негативно впливає на результати лікування, особливо у категорії хворих похилого та старечого віку. Отримані результати співставні із даними літератури, що характеризують пізні звернення за медичною допомогою внаслідок самолікування [14].

Усі пацієнти були прооперовані в ургентному порядку, в переважній більшості виконано висічення виразки із пілородуоденопластикою – 58 (89,2%) хворих, ушивання виразкового дефекту виконано лише одному пацієнту (1,5%) та розширення оперативного втручання до резекції шлунку за Більрот-2 в модифікації Бальфура виконано у 6 (9,3%). Такі дані свідчать про те, що хірурги під час ургентного оперативного втручання максимально використовують органозберігаючу тактику, так як це значно скорочує час оперативного втручання, та менш травматично для пацієнта.

Виразкова хвороба шлунку з перфорацією виявлена у 23 (35,4%) пацієнтів, а перфорація виразки дванадцятипалої кишки у 42 (64,6%), $U=1462,5$, $p=0,0025$, що також відповідає літературним даним частоти виразкової хвороби гастро-дуоденальної зони [15].

Аналізуючи розповсюдженість та характер ексудату перитоніту нами було визначено, що лише у 5 (7,7%) пацієнтів був місцевий перитоніт, тоді як основна частка припадає на дифузний та розлитий – 92,3%. За характером ексудату виявлено, що майже у половини пацієнтів тип був фібринозно-гнійний та гнійний – 47,7%. Основним впливом на такі дані є пізні звернення пацієнтів за медичною допомогою, а як наслідок зростає розповсюдженість та гнійний характер перитоніту, які більш негативно впливають на частоту післяопераційної летальності та смертності.

Таблиця 5 – Структура післяопераційних ускладнень

Ускладнення	n=47 (72,3 %)	
	кількість	%
Хірургічні	14	21,5
Нагноєння післяопераційної рани	2	3,1
Неспроможність швів пілородуоденопластики	7	10,8
Неспроможність швів анастомозу	1	1,5
Серома	2	3,1
Кровотеча	1	1,5
Гострий посттравматичний панкреатит	1	1,5
Не хірургічні	33	50,8
Пневмонія	4	6,2
Набряк легень	10	15,4
Гідроторакс	14	21,5
Пневмоторакс	2	3,1
ТЕЛА	1	1,5
Інфаркт міокарда	2	3,1

Таблиця 6 – Характеристика летальних випадків

Причина летального випадку	Кількість пацієнтів	%
Хірургічні причини летального випадку	10	15,4
Ендотоксичний шок на фоні гнійного перитоніту	6	9,2
Неспроможність швів анастомозу	4	6,2
Не хірургічні причини летального випадку	15	23,1
Двобічна вогнищева зливна бронхопневмонія	2	3,1
Набряк легень	10	15,4
ТЕЛА	1	1,5
Гострий трансмуральний інфаркт міокарда	2	3,1

Загальна важкість стану пацієнтів на фоні перенесеного оперативного втручання потребувала у 56 (86,2%) переведення до відділення інтенсивної терапії для пролонгації ШВЛ та лише 9 (13,8%) були екстубовані в умовах операційної і лікування продовжили у відділенні, $U=585,0$, $p<0,0001$.

Аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку показав, що у 47 (72,3%) хворих були виявлені післяопераційні ускладнення. В структурі післяопераційних ускладнень нами було визначено, що переважну більшість ускладнень становили не хірургічні – 33 (70,2%) випадки, тоді як хірургічні – 14 (29,8%), $U=1527,5$, $p<0,0065$. Такі результати свідчать про те, що пацієнти похилого та старечого віку це особлива вікова категорія, при якій на фоні основного хірургічного захворювання присутня супутня, часто суб- або декомпенсована патологія, що значною мірою впливає на результати лікування. Із анамнестичних даних та додаткових методів обстеження нами було визначено, що у 58 (89,2%) хворих діагностовано ряд супутніх захворювань, переважна більшість яких зі сторони серцево-судинної – 76,9% та центральної нервової системи – 44,6%.

Ще одним вагомим значенням, яке було виявлено у дослідженні, це висока частота неспроможності швів пілородуоденопластики – 7 (12,1%) від виконаних пластик у 58 хворих. Можливо необхідно переглянути покази до використання даної методики на користь ушивання перфоративного отвору у випадку масивного виразкового інфільтрату. Так як надлиш-

кова мобілізація дванадцятипалої кишки та значне висічення виразкового дефекту при пілородуоденопластиці призводить до ішемії кишкових стінок та підвищує ризик неспроможності швів.

Післяопераційна летальність у досліджуваній групі становила 38,5%, це 25 хворих, з яких 6 (9,2%) пацієнтів померли від ендотоксичного шоку на фоні розлитого гнійного перитоніту. У 4 (6,2%) хворих причиною летальності стала неспроможність швів пілородуоденопластики, що призвела до повторного оперативного втручання: всім пацієнтам виконана резекція шлунку по Більрот-2 в модифікації Бальфур. Повторне оперативне втручання та загальна важкість стану призвели до гострої серцево-легеневої недостатності в ранньому післяопераційному періоді.

Більша частина летальних випадків – 15 (25,1%) спричинена не хірургічними післяопераційними ускладненнями, серед яких основна частина припадає на набряк легень – 10 (15,4%). Це ще раз підтверджує той факт, що хронічні захворювання негативно впливають на результати лікування та збільшують частоту летальних випадків у післяопераційному періоді.

Висновки.

Хірургічне лікування перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у осіб похилого

та старечого віку є складним завданням. 40,0% пацієнтів, а це 26 хворих були госпіталізовані пізніше 12 годин з початку захворювання. Такі терміни захворювання негативно впливають на загальний стан пацієнтів та результати лікування. Важливим фактором в лікуванні даної вікової категорії є те, що окрім основного захворювання у 89,2% є супутні захворювання.

Тривалість захворювання, важкість загального стану та значна кількість супутньої патології, призводять до великої частоти післяопераційних ускладнень – 72,3% та смертності у 38,5% хворих.

Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок: пацієнти похилого та старечого віку являють собою особливу категорію хворих, яка потребує індивідуалізації підходів та модифікацію стандартів лікування. В свою чергу це покращить результати лікування і тим самим зменшить частоту післяопераційних ускладнень і смертності.

Перспективи подальшого дослідження.

Проведений нами аналіз та виділення основних проблем дозволить продовжити роботу у напрямку покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку шляхом розробки та модифікації методів періопераційного лікування.

References / Література

- Ivanchov PV, Bilachenko MV. Khirurhichni spekty likuvannya hostrouskladnenykh duodenal'nykh vyrazok. Information supplement to the magazine «GENERAL SURGERY». 2022;2:5-6. [in Ukrainian].
- Maksymchuk DV, Mamchyn VI, Maksymchuk VD. Vybir sposobu hirurhichnogo likuvannya perforatyvnoi piloroduodenalnoi vyrazky. Kharkiv surgical school. 2021;88(1-2):8-13. DOI: [10.26779/2522-1396.2021.1-2.08](https://doi.org/10.26779/2522-1396.2021.1-2.08). [in Ukrainian].
- Smetcko DO, Goncharova NM, Teslenko SM, Svirepo PV, Sivozhelizov AV, Sikal MO, et al. Suchasni pogliady shcho do likuvannya perforatyvnykh piloroduodenal'nykh vyrazok. Kharkiv surgical school. 2012;2(107):33-6. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.2.2021.06>. [in Ukrainian].
- Weledij EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. Front Surg. 2020;9(7):5. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2020.573901>.
- Ivanchov PV, Bilachenko MV. Khirurhichne likuvannya hostryi uskladnenykh gastroduodenal'nykh vyrazok. Medicine today and tomorrow. 2023;92(3):7-12. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2023.92.3.ivb>. [in Ukrainian].
- Thorsen K, Soreide JA, Kvaloy JT, Glomsaker T, Soreide K. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. World J Gastroenterol. 2013;19(3):347-54. DOI: [10.3748/wjg.v19.i3.347](https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i3.347).
- Clinch D, Damaskos D, Di Marzo F, Di Saverio S. Duodenal ulcer perforation: A systematic literature review and narrative description of surgical techniques used to treat large duodenal defects. J Trauma Acute Care Surg. 2021;91(4):748-58. DOI: [10.1097/ta.0000000000003357](https://doi.org/10.1097/ta.0000000000003357).
- Sekiguchi H, Shinozaki S, Takezawa T, Osawa H, Miura Y, Lefor AK, et al. Long-term outcomes in patients with post-bulbar ulcer bleeding compared to bulbar ulcer bleeding in the duodenum. Digestion. 2022;103(2):126-32. DOI: [10.1159/000519293](https://doi.org/10.1159/000519293).
- Danyliuk MB, Zavgorodniy SM, Rylov AI, Kubrak MA, Pertsov IV. Starecha asteniya yak predyktor tyajkosti perebigu peredoperaciynogo periodu v paciyentiv pohylogo ta starechogo viku. Pathologia. 2022;3(56):189-94. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1237.2022.3.260273>. [in Ukrainian].
- Danyliuk MB, Zavgorodniy SM, Yareshko NO, Bachurin AV. Otsynuyvannya syndromu starechoyi asteniya za dopomohoyu shkaly Frailty ta Edmonton frailty u patsiyentiv pokhyloho ta starechoho viku v nevidkladniy abdominal'niy khirurhiy. Modern medical technologies. 2023;3(58):12-17. DOI: [10.34287/MMT.3\(58\).2023.2](https://doi.org/10.34287/MMT.3(58).2023.2). [in Ukrainian].
- Biblioteka "Zdorov'ya Ukrainy". Standarty ta klinichni protpocoly nadannya medychnoi dopomogy zi soecialnosti "Hirurgia". Nakaz № 297 vid 2010 Kvit 02. Dostupno: <https://www.dovidnyk.org/dir/24/130/>. [in Ukrainian].
- Smetcko DO, Goncharova NM, Teslenko SM, Svirepo PV, Sivozhelizov AV, Sikal MO, et al. Suchasni pohlyady shchodo likuvannya perforatyvnykh piloroduodenal'nykh vyrazok. Kharkiv surgical school. 2012;2(107):33-36. [in Ukrainian].
- Weledij EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. Front Surg. 2020. Nov 9;7:5. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2020.573901>.
- Bilyaeva OO, Kryjevskiy, Karol IV. Prychyny nezadovil'nykh rezul'tativ diahnostryky perytonitu na dohospital'nomu etapi. Ukrainian Medical Journal. 2021;4(144):1-4. DOI: [10.32471/umj.1680-3051.144.214004](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.144.214004). [in Ukrainian].
- Koshurba IV, Gladkyh FV, Chyj MO. Suchasni pidkhody do likuvannya vyrazkovoyi khvoroby shlunku ta perspektyvy vykorystannya zasobiv biolohichnoyi terapiyi. Modern medical technologies. 2023;2:58-66. DOI: [10.34287/MMT.2\(57\).2023.10](https://doi.org/10.34287/MMT.2(57).2023.10). [in Ukrainian].

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРФОРАЦІЄЮ ВИРАЗКИ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Данилюк М. Б., Завгородній С. М., Рилов А. І., Кубрак М. А.

Резюме. В роботі розглянуто питання перфорації виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. Не зважаючи на сучасні фармакологічні досягнення в лікуванні виразкової хвороби, частота ускладнених виразок залишається високою. Особливо ця проблема стосується пацієнтів похилого та старечого віку. Тому метою нашої роботи стала оцінка результатів хірургічного лікування перфорації виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у пацієнтів похилого та старечого віку.

Для оцінки результатів лікування перфорації виразки гастродуоденальної зони у осіб похилого та старечого віку, нами було проаналізовано 276 історій хвороби пацієнтів, що були госпіталізовані до КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМП з діагнозом виразкова хвороба, перфорація виразки

шлунку чи дванадцятипалої кишки. Критеріями включення в дослідження були пацієнти віком від 60 до 89 років, тобто категорії похилого та старечого віку. На основі критеріїв включення нами відібрано 65 хворих, що становить 23,6% від загальної кількості госпіталізованих із даною патологією. Із анамнестичних даних та додаткових методів обстеження нами було визначено, що у 58 (89,2%) хворих діагностовано ряд супутніх захворювань, переважна більшість яких зі сторони серцево-судинної – 76,9% та центральної нервової системи – 44,6%.

Усі пацієнти були дообстежені та прооперовані в ургентному порядку. Ушивання виразки виконано у 1 (1,5%) хворого, у 58 (89,2%) пацієнтів виконано висічення виразки із пілородуоденопластиком. Резекція шлунку Більрот-2 в модифікації Бальфур виконана у 6 (9,3%) пацієнтів. Аналізуючи розповсюдженість та характер ексудату перитоніту нами було визначено, що лише у 5 (7,7%) пацієнтів був місцевий перитоніт, тоді як основна частка припадає на дифузний та розлитий – 92,3%. За характером ексудату виявлено, що майже у половини пацієнтів тип був фібринозно-гнійний та гнійний – 47,7%.

Аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку показав, що у 47 (72,3%) хворих були виявлені післяопераційні ускладнення. В структурі післяопераційних ускладнень нами було визначено, що переважну більшість ускладнень становили не хірургічні – 33 (70,2%) випадки, тоді як хірургічні – 14 (29,8%), $U=1527,5$, $p<0,0065$.

Післяопераційна летальність у досліджуваній групі становила 38,5%, це 25 хворих, з яких 6 (9,2%) пацієнтів померли від ендотоксичного шоку на фоні розлитого гнійного перитоніту. Більша частина летальних випадків – 15 (25,1%) спричинена не хірургічними післяопераційними ускладненнями, серед яких основна частина припадає на набряк легень – 10 (15,4%).

Хірургічне лікування перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки у осіб похилого та старечого віку є складним завданням. Тривалість захворювання, важкість загального стану та значна кількість супутньої патології, призводять до великої частоти післяопераційних ускладнень – 72,3% та смертності у 38,5% хворих. Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок: пацієнти похилого та старечого віку являють собою особливу категорію хворих, яка потребує індивідуалізації підходів та модифікацію стандартів лікування. В свою чергу це покращить результати лікування і тим самим зменшить частоту післяопераційних ускладнень і смертності.

Ключові слова: перфоративна виразка, перитоніт, похилий вік.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS ELDERLY AND OLD AGE WITH PERFORATION OF STOMACH AND DUODENAL ULCER

Danyliuk M. B., Zavorodnyy S. M., Rylov A. I., Kubrak M. A.

Abstract. The work deals with the issue of gastric and duodenal ulcer perforation. Despite modern pharmacological advances in the treatment of peptic ulcers, the frequency of complicated ulcers remains high. This problem especially concerns elderly and senile patients. Therefore, the aim of our work was to evaluate the results of surgical treatment of gastric and duodenal ulcer perforation in elderly and senile patients.

In order to evaluate the results of treatment of perforation of the gastroduodenal zone in the elderly and senile, we analyzed 276 medical histories of patients who were hospitalized in an emergency hospital with a diagnosis of peptic ulcer, perforation of a gastric or duodenal ulcer. The criteria for inclusion in the study were patients aged 60 to 89 years, that is, the category of elderly and senile age. Based on the inclusion criteria, we selected 65 patients, which is 23.6% of the total number of hospitalized patients with this pathology. Based on anamnestic data and additional methods of examination, we determined that 58 (89.2%) patients were diagnosed with a number of concomitant diseases, the vast majority of which were cardiovascular – 76.9% and central nervous system – 44.6%.

All patients were examined and operated urgently. Ulcer suturing was performed in 1 (1.5%) patient, ulcer excision with pyloroduodenoplasty was performed in 58 (89.2%) patients. Gastric resection Billroth – 2 in the Balfour modification was performed in 6 (9.3%) patients. Analyzing the prevalence and nature of peritonitis exudate, we determined that only 5 (7.7%) patients had local peritonitis, while the main share was diffuse and spilled – 92.3%. According to the nature of the exudate, it was found that in almost half of the patients, the type was fibrinous – purulent and purulent – 47.7%.

Analysis of the results of surgical treatment of elderly and senile patients showed that 47 (72.3%) patients had postoperative complications. In the structure of postoperative complications, we determined that the vast majority of complications were non-surgical – 33 (70.2%) cases, while surgical – 14 (29.8%), $U=1527.5$, $p<0.0065$.

Postoperative mortality in the studied group was 38.5%, that is 25 patients, of which 6 (9.2%) patients died from endotoxic shock on the background of spilled purulent peritonitis. Most of the fatal cases – 15 (25.1%) were caused by non-surgical postoperative complications, among which the main part was due to pulmonary edema – 10 (15.4%).

Surgical treatment of perforated gastric and duodenal ulcers in the elderly and senile is a difficult task. The duration of the disease, the severity of the general condition and a significant amount of concomitant pathology lead to a high frequency of postoperative complications – 72.3% and mortality in 38.5% of patients. Analyzing the obtained results, we can draw a conclusion: elderly and senile patients represent a special category of patients that requires individualization of approaches and modification of treatment standards. In turn, this will improve the results of treatment and thereby reduce the frequency of postoperative complications and mortality.

Key words: perforated ulcer, peritonitis, old age.

ORCID and contributionship / ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Danyliuk M. B.: <https://orcid.org/0000-0003-4515-7522> ^{AFBCD}
Zavhorodniy S. M.: <https://orcid.org/0000-0003-3082-3406> ^{EF}
Rylov A. I.: <https://orcid.org/0000-0003-0515-2495> ^{CD}
Kubrak M. A.: <https://orcid.org/0000-0003-4051-9336> ^{DE}

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors of the article submitted for publication confirm that they have no conflict of interest. / Автори статті, представленої до публікації, підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Danyliuk Mykhailo Bohdanovych / Данилюк Михайло Богданович
Zaporizhia State Medical and Pharmaceutical University / Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Ukraine, 69000, Zaporizhia, 26 Mayakovskoho avenue / Адреса: Україна, 69000, м. Запоріжжя, пр. Маяковського 26
Tel.: 0966984195 / Тел.: 0966984195
E-mail: em_de@ukr.net

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article / A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Received 30.05.2023 / Стаття надійшла 30.05.2023 року
Accepted 09.11.2023 / Стаття прийнята до друку 09.11.2023 року

DOI 10.29254/2077-4214-2023-4-171-166-171

UDC 616.36-002.2-022.6:578.833.2+616.37-002.2-008.64+615.356:577.161.1]-036.8-085

Derbak M. A., Buchok O. V., Boldizhar O. O., Bletska M. M., Svistak V. V.

THE EFFECT OF COMPLEX THERAPY INCLUDING VITAMIN D ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C COMBINED WITH CHRONIC PANCREATITIS

State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University" (Uzhhorod, Ukraine)

morika1415@gmail.com

Chronic hepatitis C (CHC) and chronic pancreatitis (CP) are common, mutually aggravating diseases that are often accompanied by nutrient deficiencies, particularly vitamin D. However, currently existing data on the feasibility of inclusion of vitamin D in the complex therapy of patients with CHC and CP are contradictory and require further study. In order to evaluate the impact of complex therapy with the inclusion of vitamin D on the clinical course and quality of life of patients with CHC combined with CP, 52 patients with CHC+CP were divided into 2 groups depending on the prescription scheme of the polyenzyme drug and vitamin D. It was established that as a result of prescribing complex therapy with the addition of vitamin D, 100% of patients in group 1 and only 82.1% of patients in group 2 achieved sustained virological response (SVR). After the treatment, a decrease in the frequency of complaints of diarrhea, constipation, flatulence, abdominal pain, itching, heaviness in the right hypochondrium, hepatomegaly, arthralgia and myalgia was found in all patients, with a significant predominance in the group that additionally received vitamin D. After treatment, patients in group 1 were less likely to be bothered by anxiety, increased fatigue, emotional lability, and significantly higher quality of life indicators were found than in patients in group 2. Therefore, the inclusion of a polyenzyme drug with minimal lipase activity of 25,000 and vitamin D in a dose of 4,000 IU/day to the complex treatment of patients with CHC combined with CP increases the efficacy of antiviral therapy and leads to a marked regression of manifestations of hepatobiliary dysfunction, asthenovegetative and dyspeptic syndromes, thereby reducing the situational anxiety and improves the quality of life of these patients.

Key words: chronic hepatitis C, chronic pancreatitis, exocrine pancreatic insufficiency, vitamin D, virological response, direct antiviral drugs.

Connection of the publication with planned research works.

The scientific research was carried out within the departmental theme "Combined pathology and correction of homeostasis disorders of residents of the Carpathian region, taking into account adverse factors", state registration number 0121U110808 of the department of faculty therapy of the State Higher Educational Institution «Uzhhorod National University».

Introduction.

Chronic hepatitis C (CHC) is an extremely urgent medical problem today. According to the WHO report for 2021, about 1.5 million new cases of CHC are registered every year, and 58 million people are living with this diagnosis. Spontaneous elimination of HCV in chronically infected patients occurs only in ≈0.02% of patients per year, almost 70% of patients have one or more extrahepatic manifestations of CHC, and about 290,000 people die annually from the consequences of CHC [1, 2]. Often, the course of CHC is complicated by the presence of concomitant diseases, in particular,