

DOI: 10.34921/amj.2022.4.016

Krişen V.P.¹, Trofimov N.V.¹, Çuxrienko A.V.¹, Lukovskaya O.L.²,
Kudryavtseva V.E.², Burdaev K.V.²

XORA MƏNŞƏLİ QASTRODUODENAL QANAXMALARIN KARDİOVASKULYAR PATOLOGİYA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ HALLARINDA İMMUN SİSTEMİN VƏZİYYƏTİ NƏZƏRƏ ALINMAQLA APARILAN MÜALİCƏ TAKTİKASININ VƏ FİZİKİ TERAPİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

¹Dnepr Dövlət Tibb Universiteti, Dnepr ş., Ukrayna;

²Dnepryanı Dövlət Bədən Tərbiyəsi və İdman Akademiyası, Dnepr ş., Ukrayna

Məqalədə yaşı 61-dən 90-a qədər olan 635 nəfər xoramənşəli gastroduodenal qanaxmaya (QDQ) məruz qalmış xəstənin məlumatlarının retrospektiv təhlilinin nəticələri şərh edilmişdir. Birinci qrupa daxil edilmiş 565 (89 %) pasiyent hipertenzinçevirici fermentin inhibitorlarından, beta-blokatorlardan, kalsium kanallarının blokatorundan və diuretiklərdən daxil olan klassik müalicə almışdır. 70 nəfər (11 %) pasiyentdən ibarət olan ikinci qrupda “ikiqat” müalicə tətbiq edilmişdir. Bu müalicə üsuluna bilavasitə və ya vasitəli yolda təsir göstərən antikoagulyantlar və ya varfarin və antikoagulyantlarla birgə yuxarıda adı çəkilən hipotenziv təsirli komponent daxil edilmişdir.

Xəstələrdə yerli hemostaz özəfaqogastroduodenoskopiya vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Qanda İL-6, İL-10, α-şiş nekrozu amili (ŞNA-alfa) və 1-ci transformasiyaedici böyümə amili (transforming growth factor-1) TGF-1 təyin edilmişdir.

Ürək-damar sisteminin patologiyası olduğuna görə gücləndirilmiş (“ikili”) müalicə almış xəstələr arasında vəziyyəti qanaxma və ya qeyri-stabil homostazla ağırlaşmalar daha çox olmuşdur (70 xəstə – 11 %). 21 xəstə (3,2 %) davam edən aktiv qanaxmaya görə təxirəsalınmaz operativ müdaxiləyə məruz qalmışdır. Postoperasion letallıq 13,6 % olmuşdur. Xəstələrin əksəriyyəti (96,6 %) konservativ üsulla müalicə edilmişdir. Kəskin kardiovaskulyar patologiyası olan xəstələr istisnasız olaraq gastroduodenal qanaxmadan (QDQ) palliativ üsulla cərrahi müalicə edilmişdir. QDQ ilə birgə ağır ürək-damar patologiyası olan və “ikili” müalicə alan xəstələrdə massiv qanaxma daha böyük tezliklə müşahidə edilmişdir. Bu kateqoriyadan olan xəstələrdə sitokinlərin səviyyəsi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi ilə korrelyasiyada idi.

Açar sözlər: mədə-bağırsaq qanaxmaları, ürək-damar sistemi patologiyası, Forrest təsnifatı

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, патология сердечно-сосудистой системы, классификация Forrest

Key words: gastrointestinal hemorrhage, pathology of cardio-vascular system, Forrest scale.

Крышень В.П.¹, Трофимов Н.В.¹, Чухриенко А.В.¹, Луковская О.Л.²,
Кудрявцева В.Е.², Бурдаев К.В.²

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ОСЛОЖНЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Днепро́вский госуда́рственный медицинский университет, г. Днепр, Украина

²Приднепровская государственная академия физической культуры и спорта, г. Днепр, Украина

Представлен ретроспективный анализ лечения 635 пациентов, в возрасте от 61 до 89 лет с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. У всех больных оценивали местный

гемостаз с помощью эзофагогастродуоденоскопии. Определяли уровень интерлейкинов крови (интерлейкин-6, интерлейкин-10, фактор некроза опухолей- α (TNF- α), transforming growth factor-1 (TGF-1).

Состояние пациентов, которые получали двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТ) для лечения фоновой патологии (70 человек – 11,0 %) было в большей степени отягощено кровопотерей, нестабильным гомеостазом. Прооперирован в экстренном порядке 21 (3,2 %) пациент в связи с активным продолжающимся кровотечением. Послеоперационная летальность составила 13,6 %. Консервативное лечение без хирургических вмешательств проводилось у подавляющего большинства больных (96,6 %).

Лечение дополнялось адекватными средствами физической терапии. У пациентов с острой кардиоваскулярной патологией применялись исключительно паллиативные методы хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений. У лиц, получавших двойную антитромбоцитарную терапию, у которых желудочно-кишечные кровотечения сочетались с тяжелой патологией системы кровообращения наблюдался наиболее значительный процент массивной кровопотери. Изменения уровня цитокинов у данной категории больных коррелирует с тяжестью течения заболевания.

На сегодняшний день проблема желудочно-кишечных кровотечений в ургентной хирургии остается актуальной. Особое внимание уделяется лицам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, рецидив кровотечения у которых является наиболее частой причиной летального исхода. На данный момент, благодаря развитию эндоскопии в решении данной проблемы виден существенный прогресс. Как известно, эндоскопия является малоинвазивным и весьма информативным методом, что обосновывает ее широкое применение в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений (ГДК) и позволяет уменьшить долю оперативных вмешательств, проведенных на высоте кровотечения, так называемых «операций отчаянья». Тем не менее, показатель послеоперационной летальности, особенно у пациентов с кардиоваскулярной патологией, составляет 20–50% [1, 2, 3].

Столь высокая послеоперационная летальность обуславливает необходимость разработки более эффективных методов хирургического и консервативного лечения данной категории больных, а также выбора адекватных средств физической терапии для быстрой реабилитации пациентов.

В свою очередь, интерлейкинам принадлежит важная роль в развитии и течении заболеваний разных органов и систем, в том числе органов пищеварения и кровообращения [4]. В связи с этим, изучение содержания показателей иммунной системы представляет научный и практический интерес.

Цель исследования – определение лечебно-диагностической тактики, а также

базовой физической терапии с учетом динамики интерлейкинов у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, на фоне патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования. Проанализирована лечебно-диагностическая тактика у 635 пациентов в возрасте от 61 до 89 лет (средний возраст $71 \pm 5,34$ лет) с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии в период с 2017 по 2019 гг. У всех больных состояние было отягощено сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы: хронической ишемической болезнью сердца – в 94,7 % случаев, острым коронарным синдромом – в 5,3 %.

Проводилась оценка состояния местного эндоскопического гемостаза по классификации Forrest, а также определялся уровень интерлейкинов в сыворотке крови. Для исследования показателей иммунной системы (ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α , TGF-1) использовали трехстадийный «сендвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител к данным интерлейкинам на высокоскоростном иммуноферментном автоматическом анализаторе Stat fax + (USA), тест-системами ТОВ «Вектор-Бест-Украина» (код ЕРДПОУ 37331574). Их определяли в первые сутки после поступления и на момент выписки пациента из стационара.

В работе применены также следующие методы: лабораторные – общий анализ крови (гемоглобин, количество эритроцитов, цветовой показатель, гематокрит) – для установления степени кровопотери, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для определения локализации дефекта, его размеров и состояния местного гемостаза (по классификации Forrest). Первая группа пациентов (565 человек – 89,0 %) получала моноантиромбоцитарную терапию, в состав которой входили ацетилсалициловая кислота (75-100 мг/сут) или клопидогрель 75 мг в сутки. Вторую группу составила 70 пациентов (11,0 %), которые получали двойную антиромбоцитарную терапию, в состав которой входили ацетилсалициловая кислота (75-100 мг/сут) и клопидогрель (75 мг 2 раза в сутки) или

тикагрелор (90 мг 2 раза в сутки), а также обычно пациенты получали парентеральное введение антикоагулянта (эноксапарин 1 мг/кг 2 раза в сутки или фондапарин 2,5 мг 1 раз в сутки подкожно) на протяжении 5-8 суток с использованием ингибиторов протонной помпы (пантопразол 40-80 мг 2 раза в сутки), ингибиторов ангиотензинконвертирующего фермента, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, бета-адреноблокаторов, статинов. 15 пациентов

Лечение дополнялось адекватными средствами физической терапии с учетом степени кровопотери и тяжести кардиоваскулярной патологии. Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью электронных пакетов Microsoft Access 2010, Statistica 6.0. Графики построены с помощью инструментов, встроенных в программу Microsoft Word 2010. Результаты представлены с учетом стандартного отклонения выборочного среднего ($M \pm m$; M – среднее значение показателя, m_M – средняя ошибка определения среднего). Определяли t -критерий Стьюдента для несвязанных совокупностей. Данные иммунного статуса представлены в виде абсолютных величин и процентов, медианы (Me) и интерквартильного интервала между 25-м и 75-м процентилями [LQ ; UQ], минимальных и максимальных значений (min ; max). Корреляционный анализ проводили с помощью метода Пирсона [5,6]. За уровень ошибки первого рода было выбрано значение $p = 0,05$. Значение $p < 0,05$ ($< 5\%$) считалось критически значимым для всех проведенных видов анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечебно-диагностическая тактика определялась степенью кровопотери, особенностями местного гемостаза и общим состоянием пациента. Всем госпитализированным пациентам с язвенными кровотечениями проводилось эндоскопическое исследование, во время которого определялись локализация дефекта, размеры и состояние местного гемостаза, а также выполнялась профилактика рецидива кровотечения или эндоскопический гемостаз. В 98,1 % случаев использовали комбинированный эндоскопический гемостаз, то есть комплексное действие механических и физических методов остановки кровотечения. У 12 пациентов (1,9 %) физические методы гемостаза были противопоказаны (кардиостимуляторы, пейсмейкеры и другие искусственные водители ритма). При невозможности эндоскопической остановки кровотечения хирурги прибегали к выполнению неотложных операций [7].

Из 635 наблюдаемых больных было прооперировано 21 (3,31 %) пациента. Оперативное лечение чаще всего выполнялось в

течение первых суток – у 13 пациентов (61,9 %), один из которых был прооперирован в течение 1-го часа с момента поступления в стационар; в 7 случаях (33,3 %) – от 2 до 6 суток; 1 пациент прооперирован через 7 суток (4,8 %). Резекционные методы применялись у 6 (28,57 % \pm 9,86) больных, из них у 1 (4,76 % \pm 4,65) – резекция желудка по Ру, у 4 (19,05 % \pm 8,57) резекция желудка по Бильрот-II, клиновидная резекция желудка – 1 (4,76 % \pm 4,65). Условно-радикальные методы – у 10 (47,62 % \pm 10,90) пациентов. У 2 (9,52 % \pm 6,40) пациентов выполнено иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой по Финнею, у 7 (33,33 % \pm 10,29) – с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, одному больному (4,76 % \pm 4,65) выполнена антрумэктомия и стволовая ваготомия (СтВ). Паллиативных операций было 5 (23,81 % \pm 9,29) – в объеме прошивания или иссечения язвенного дефекта. В подобных случаях выполняли оригинальную операцию авторов Трофимова Н.В., Крышня В.П., Чухриенко А.В., заключающуюся в более надежном местном гемостазе за счет усовершенствования тампонады дефекта слизистой оболочкой [8].

Послеоперационная летальность составила 14,3 % и была связана с наличием тяжелой кардиоваскулярной патологии, а также послеоперационных осложнений. У 2 больных (9,52 % \pm 6,40) наблюдались несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки и швов после пилоропластики соответственно и у 1 (4,76 % \pm 4,65) – сердечно-сосудистая недостаточность на фоне постгеморрагической анемии и ранее перенесенного острого инфаркта миокарда.

Исключительно консервативное лечение данной категории больных проводилось в 96,69 % случаев. Критерием для выбора терапии служила степень кровопотери, состояние местного гемостаза и общее состояние больного, лабораторные показатели крови.

Состояние местного гемостаза у больных с различными схемами приема препаратов оценивалось по классификации Forrest (табл.1).

Критерием при оценке степени кровопотери был дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), который определяется в % по классификации Marino (табл. 2).

Таблица 1. Состояние местного гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на фоне кардиоваскулярной патологии, получающих лекарственные препараты по различным схемам (абс., %)

Состояние местного гемостаза по классификации Forrest	Схемы приема лекарственных препаратов для лечения патологии сердечно-сосудистой системы			
	МАТ (n=565)		ДАТ (n=70)	
	Абсолютные числа	%	Абсолютные числа	%
Активное кровотечение, F I	39	6,9	10	14,3
Нестабильный гемостаз с высоким риском развития кровотечения, F II	437	77,3	56	80,0
Стабильный гемостаз, F III	89	15,8	4	5,7
Всего:	565	100	70	100

Таблица 2. Степень кровопотери у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на фоне кардиоваскулярной патологии, получающих лекарственные препараты по различным схемам (абс., %)

Степень кровопотери по классификации Marino	Схемы приема лекарственных препаратов для лечения патологии сердечно-сосудистой системы			
	МАТ (n=565)		ДАТ (n=70)	
	Абсолютные числа	%	Абсолютные числа	%
Малая кровопотеря	252	44,6	8	11,4
Средняя кровопотеря	123	21,8	31	44,3
Большая кровопотеря	88	15,6	18	25,7
Массивная кровопотеря	102	18,0	13	18,6
Всего:	565	100	70	100

Данные таблиц свидетельствуют о том, что исходное состояние больных группы, которые принимали ДАТ было тяжелее, чем у тех, кто принимал МАТ. У них чаще наблюдалось активное кровотечение и нестабильный гемостаз (соответственно 14,3 % и 80,0 % против 6,9 % и 77,3 % соответственно). Значительно чаще отмечалась большая кровопотеря (в 25,7 % случаев против 15,6 %), в то время как массивная кровопотеря у лиц, получавших ДАТ встречалась практически с той же частотой, что и в группе МАТ (18,6 % против 18,0 %).

Исследование уровня интерлейкинов как одного из маркеров реакции организма

на воспаление, было проведено в обеих группах больных (табл. 3).

В группе МАТ больных отмечается повышение уровня ИЛ-6 ($p > 0,05$) в сыворотке крови у 28,6 % больных, TNF- α - (в 1,6 раза) в 28,6 % ($p < 0,05$) и TGF- β 1 ($p < 0,05$) (в 5,5 раза) в 64,3 % больных. ИЛ-10 у больных группы МАТ был в пределах нормы. Определены корреляционная связь между уровнем ИЛ-10 и активностью воспаления ($r = - 0,77$; $p < 0,01$), уровнем ИЛ-6 ($r = + 0,65$; $p < 0,05$), уровнем TNF- α ($r = + 0,76$; $p < 0,01$). Уровень провоспалительных ИЛ-6 коррелировал: с уровнем СОЭ ($r = + 0,86$; $p < 0,01$), с уровнем TNF- α ($r = + 0,86$; $p < 0,01$), с уровнем TGF- β 1 ($r = + 0,69$;

Таблица 3. Уровень цитокинов у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на фоне кардиоваскулярной патологии, получающих лекарственные препараты по различным схемам

Показатель, ед. изм.	МАТ (n=565) (min; max)	ДАТ (n=70) (min; max)	Контрольная группа (n=15)	p ₁	p ₂	p ₃
IL-6, пг/мл	3,6 (0,7;9,7)	6,2 (3,02;22,3)	5,60 (1,2;7,8)			p<0,05
IL-10, пг/мл	16,9 (11,3;24,8)	17,3 (13,5;23,6)	18,60 (0,5;20,6)			
TNF-α, пг/мл	3,45 (0,28; 7,1)	5,1 (1,4; 12)	2,20 (0,1; 4,3)		p<0,05	
TGF-β1, пг/мл	47028 (19584; 69978)	42176 (21172; 60783)	8625 (4958; 9467)	p<0,05	p<0,05	

Примечание:

1. p₁ – достоверность изменений группы МАТ больных в сравнении с контрольной группой;
2. p₂ – достоверность изменений группы ДАТ больных в сравнении с контрольной группой;
3. p₃ – достоверность изменений между МАТ и ДАТ группой больных.
4. min; max – минимальное и максимальное значение содержания изучаемых показателей в сыворотке крови.

p<0,01). Кроме того, установлено положительные корреляционные связи между уровнем TNF-α и степенью кровотечения (r=+0,61; p<0,05), уровнем СОЭ (r = + 0,77; p<0,01), длительностью заболевания (r=+ 0,54; p < 0,05), уровнем TGF-β1 (r = + 0,57; p < 0,05). Анализ полученных результатов исследования показал, что у больных группы ДАТ отмечается повышение уровня IL-6 в сыворотке крови в 47,9 % больных (p < 0,05), TNF-α (в 2,4 раза) - в 43,8 % больных (p < 0,05) и TGF-β1 (в 4,9 раза) – в 77,1 % (p < 0,05) больных. Уровень IL-6 в сыворотке крови больных группы ДАТ достоверно повышен в 1,8 раза (p < 0,05) по сравнению с его уровнем в группы больных с МАТ. Это указывает на активность воспалительного процесса. Уровень противовоспалительного IL-10, который тормозит пролиферативный ответ Т-клеток был в пределах нормы. Установлена корреляционная связь уровня IL-6 в сыворотке крови с уровнем полиморфноядерных лейкоцитов (r = + 0,4; p < 0,01), с интенсивностью боли (r = + 0,29; p < 0,05), с уровнем TNF-α в сыворотке крови (r = + 0,64; p < 0,01) и уровнем IL-10 в сыворотке крови (r = + 0,47; p < 0,01). Уровень TGF-β1 в сыворотке крови больных группы ДАТ коррелировал со степенью кровотечения (r = + 0,34; p < 0,05). Высокий

уровень провоспалительных цитокинов IL-6, TNF-α и низкая активность противовоспалительного медиатора IL-10 чаще всего выявлялись у пациентов с более тяжелой степенью кровопотери.

В лечебный комплекс входило не только консервативное лечение и выполнение хирургических интервенций по экстренным показаниям, но и физические методы, направленные на восстановление здоровья пациента. В этом вопросе нельзя недооценивать роль физической терапии [9, 10]. В этой связи нами внедрен комплекс физической терапии, который был направлен на стабилизацию гомеостаза, улучшение общего физического и психоэмоционального состояния пациентов, восстановление баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, нормализацию перистальтики желудочно-кишечного тракта, улучшение микроциркуляции в дистальных отделах конечностей. Данный комплекс включал лечебную гимнастику, аурикулярный массаж, массаж кистей, стоп и шейно-воротниковой зоны. Упражнения для мелких суставов конечностей начинали на вторые сутки после оперативного вмешательства, по 1-2 минуты 2-3 раза в день, в зависимости от состояния пациента. На 3-4-е сутки при хорошей переносимости физической нагруз-

ки постепенно подключали упражнения для крупных суставов с малым числом повторений, постепенно расширяя спектр используемых упражнений, увеличивая число повторений и общее время занятий.

У группы пациентов, которые принимали ДАТ, как показывает комплексное обследование, уровень интерлейкинов был выше, чем у тех, кто принимал МАТ, что соответствовало более высокому проценту массивных кровотечений и продолжающихся активных кровотечений (Forrest IA, IB). Наряду с этим представляется клинически значимым проведение кластерного анализа эффективности методов физической терапии. С этой целью 34 пациента второй группы, получавших ДАТ, были разделены на две идентичные по возрасту, полу и основным клиническим показателям подгруппы – основную (ОП) и подгруппу сравнения (ПС) – по 17 человек в каждой. У больных ОП был применен комплекс специальной физической терапии, тогда как пациентам ПС применялась общепринятая схема физической реабилитации. Пациентам ОП в первые 2-3 дня после поступления в стационар начинали массаж ушных раковин, который, как известно, способствует улучшению мозгового кровообращения и повышает общий тонус организма. При аурикулярном массаже особое внимание уделяли зонам, в которых расположены биологически активные точки, способствующие остановке желудочно-кишечных кровотечений [11]. Это следующие зоны ушной раковины:

- зона (начала) завитка (точка zero и точка диафрагмы);
- зона противозавитка на границе с зоной раковины (точки грудного отдела позвоночника, солнечного сплетения, печени и селезенки);
- зона козелка и межкозелковой вырезки (точки вершины козелка, аденогипофиза и надпочечников).

Проводили также массаж кистей и стоп. Лечебную гимнастику начинали в исходном положении лежа с обучения грудному типу дыхания (дыхание спокойное, не форсированное), при этом использовали дыхательные упражнения по типу Йога. Для улучшения периферического кровообращения

постепенно присоединяли упражнения для мелких суставов конечностей, а также для лучезапястных и голеностопных суставов. При стабильном гемостазе подключали упражнения для локтевых и плечевых суставов в положении сидя, а для коленных и тазобедренных – лежа, не отрывая стоп от кровати, в медленном темпе, с небольшим числом повторений. Расширяя спектр используемых упражнений, полностью исключали те, которые повышают внутрибрюшное давление, чаще использовали исходное положение сидя, а также подключали упражнения в положении стоя, в медленном и среднем темпе, без резких движений. С целью улучшения психоэмоционального состояния, снятия стресса и снижения тонуса сосудов проводили массаж шейно-воротниковой зоны (не затрагивая межлопаточную зону), первые дни в положении лежа на боку, а затем – сидя. Пациентов обучали аурикулярному самомассажу и с 4-5 дня они проводили его самостоятельно (под контролем медицинского персонала).

По динамике наблюдаемых изменений оценивали эффективность используемых комплексов физической терапии.

Перед выпиской пациентов из стационара (10-15 суток) проводили сравнительное изучение уровня цитокинов в основной и подгруппе сравнения (табл. 4).

Сравнение цитокинового профиля у больных, получавших ДАТ показало, что у представителей ПС группы определялся повышенный уровень IL-6 в сыворотке крови в 2,1 раза и 2,7 раза ($p < 0,05$) по сравнению с уровнем ОП больных и с группой контроля соответственно. Это указывает на большую активацию воспалительного процесса у больных ПС группы. В то же время содержание TNF- α повышен в обеих группах, соответственно в 7,1 раза ($p < 0,05$) у больных ОП и 6,9 раза ($p < 0,05$) у больных ПС. Уровень TGF- β 1 у больных ПС группы повышен в 3,9 ($p < 0,05$) и в 1,7 раза по сравнению с уровнем в группе контроля и наблюдения (ОП).

При сопоставлении клинических показателей после проведенного курса специальной физической терапии выявлено, что у пациентов определяется улучшение общего состояния, более быстрое восстанов-

ление перистальтики в послеоперационном периоде. Клинически значимых осложнений со стороны легочной системы не наблюдалось, в отличие от единичных случаев респираторных расстройств в группе ПС.

Выводы

1. Наличие у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями патологии сердечно-сосудистой системы в значительной степени определяет клиническое течение и прогноз язвенной болезни, осложненной кровотечением, что необходимо учитывать при выборе консервативного, оперативного лечения и физической терапии.

2. Уровень изученных цитокинов имеет соответствующую корреляцию с тяжестью клинической картины и может быть одним из факторов прогнозирования течения заболевания. Так, уровень провоспалительного IL-6 наиболее отчетливо коррелировал с СОЭ ($r = + 0,86$; $p < 0,01$), с TNF- α ($r = + 0,86$; $p < 0,01$).

3. Операциями выбора у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на фоне кардиоваскулярной патологии в 47,7 % случаев были

условно-радикальные, в 23,7 % – паллиативные и в 28,6 % – радикальные хирургические вмешательства, объём которых определялся общим состоянием больного, анатомическими предпосылками в зоне язвенного кровотечения.

4. Неотъемлемой частью лечебных мероприятий у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на фоне кардиоваскулярной патологии была физическая реабилитация, которая может выполняться как самим пациентом, так и медицинским персоналом. Ранняя физическая активность в предложенном нами варианте положительно влияет на общее состояние пациента, двигательную способность, перистальтику кишечника, уменьшает частоту и тяжесть легочных осложнений.

5. Кластерный анализ данных пациентов, которые принимают двойную антитромбоцитарную терапию показал, что уровень цитокинов в подгруппе сравнения в отличие от больных основной подгруппы имеет тенденцию к более выраженной активации провоспалительных цитокинов, что может оказывать влияние на течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я, Шепетько Є.М., Шапринський В.О. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч. Київ: Фенікс. 2014; с. 7-10.
2. Лавро З.Я., Лебедь Г.Б., Ястремська О.О., Максимюк Г.В., Дем'янчук Н.Р., Порохнавець Л.Є. Оцінка стану системи гемостазу у пацієнтів із шлунково-кишковою кровотечею. Науковий журнал «Вісник проблем біології і медицини». 2019; Вип.3(152): С.138-143.
3. Трофімов М.В, Кришень В.П, Мунтян С.О. Лікувальна тактика при шлунково-кишковій кровотечі виразкового генезу. Клініч. хірургія. 2016;9:11-3.
4. Нікітін Є.В., Чабан Т.В., Сервецький С.К. Сучасні уявлення про систему цитокинів. Інфекційні хвороби. 2007;2:108-11.
5. Годин А.М. Статистика: учебник. Москва: Дашков и К°; 2016. 451 с.
6. Петри А. Наглядная статистика в медицине. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 143 с.
7. Sood R., Mancinetti M., Betticher D., Cantin B., Ebnetter A. Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine ward: a systematic review. *Annals of medicine and surgery.* 2020; T.50: P.14-23.
8. Трофімов М.В., Кришень В.П., Чухрієнко А.В. Патент на корисну модель №139011 України «Спосіб хірургічного лікування кровоточивої виразки пілоробульбарного відділу шлунка». Заявка № u201906812; подана 08.06.2019; вид. 10.12.2019. Опубл. 10.12.2019. Бюл. №23.
9. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. Киев: Олимпийская литература; 2003. 224 с.
10. Чернігівська С.В., Канюка Є.В., Саніна В.Б., Бакурідзе-Маніна В.Б. Основи ерготерапії. Науково-методичні рекомендації. Дніпро: ТОВ«Акцент ПП»; 2019. 96 с.
11. Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Аурикулярная акупунктура. Донецк: Три дракона. 1994. С.544.

References

1. Kovalchuk L.Ia., Shepetko Ye.M., Shaprynskyi V.O. Innovatsiini tekhnolohii khirurhichnoho likuvannia hostrykh shlunkovo-kyshkovykh krvotech. Kyiv: Feniks; 2014. s. 7-10.
2. Lavro Z.Ia., Lebed H.B., Yastremska O.O., Maksymiuk H.V., Demianchuk N.R., Porokhnavecs L.Ie. Otsinka

stanu systemy hemostazu u patsientiv iz shlunkovo-kyshkovoiou krovotechoiu. Naukovyi zhurnal «Visnyk problem biolohii i medytsyny». 2019. – Vyp.3 (152). – S.138-143. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-3-152-138-143.

3. Osipov B.B., Lyzikov A.A., Prizencov A.A., Skuratov A.G., Kurek M.F. ZHeludochno-kishechnye krovotecheniya. Uchebno-metodicheskoe posobie. Gomel': GomGMU; 2016. 26 s.

4. Nikitin Ye.V., Chaban T.V., Servetskyi S.K. Suchasni uiavlennia pro systemu tsytokiniv. Infektsiini khvoroby. 2007;2:108-11.

5. Godin A.M. Statistika: uchebnik. Moskva: Dashkov i K°; 2016. 451 s.

6. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 143 с.

7. Sood R., Mancinetti M., Betticher D., Cantin B., Ebnetter A. Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine ward: a systematic review. Annals of medicine and surgery. – 2020. – Т.50. – P.14-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2019.12.002>

8. Trofimov M.V., Kryshen V.P., Chukhriienko A.V. Patent na korysnu model №139011 Ukrainy «Sposib khirurgichnoho likuvannia krovotochyvoi vyrazky pilorobulbarnoho viddilu shlunka», Zaiavka № u201906812; podana 08.06.2019; vyd. 10.12.2019. Opubl. 10.12.2019, Biul. №23.

9. Parhotik I.I. Fizicheskaya reabilitaciya pri zabolevaniyah organov bryushnoj polosti. Kiev: Olimpijskaya literatura; 2003. 224 s.

10. Chernihivska S.V., Kaniuka Ye.V., Sanina V.B., Bakuridze-Manina V.B. Osnovy erhoterapii. Naukovo-metodychni rekomendatsii. Dnipro: TOV«Aktsent PP»; 2019. 96 s.

11. Pesikov Ya.S., Rybalko S.Ya. Aurikulyarnaya akupunktura. Doneck: Tri drakona. 1994. S.544.

**Kryshen V.P.¹, Trofimov N.V.¹, Chukhriienko A.V.¹, Lukovska O.L.²,
Kudryavtseva V.E.², Burdaiev K.V.²**

FEATURES OF TREATMENT TACTIC AND PHYSICAL THERAPY, AND IMMUNE SYSTEM SPECIFICS IN ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING COMPLICATED BY CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

*Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine¹
State academy of physical culture and sports, Dnipro, Ukraine²*

Summary. A retrospective analysis of the treatment data of 635 patients aged 61 to 89 years with gastroduodenal ulcerative bleeding was demonstrated in this study. 565 (89 %) patients included in the first group received classical treatment – monoantiplatelet therapy (MAT), including inhibitors of hypertensive enzymes, beta-blockers, blockers of calcium channels and diuretics. The second group consisting of 70 (11%) patients received dual antiplatelet therapy (DAT). Anticoagulants acting directly or indirectly or warfarin and anticoagulants together with the aforementioned hypotensive component are included in the treatment method.

In all patients, local hemostasis was assessed using esophagogastroduodenoscopy. The level of blood interleukins (interleukin-6, interleukin-10, tumor necrosis factor- α (TNF- α), transforming growth factor-1 (TGF-1)) was determined.

Complications with bleeding or unstable homeostasis were more common among patients who received DAT (70 people – 11,0%). 21 (3,2%) patients underwent emergency surgery due to active ongoing bleeding. Postoperative mortality was 13,6%. Conservative treatment without surgical interventions was carried out in 96,6% of patients.

In patients with acute cardiovascular pathology, only palliative methods of surgical treatment of gastroduodenal bleeding were used. Individuals receiving dual antiplatelet therapy, in whom gastrointestinal bleeding was combined with severe pathology of the circulatory system, had the most significant percentage of massive blood loss. Changes in the level of cytokines in this category of patients correlate with the severity of the disease.

Для корреспонденции:

Чухриенко Алла Викторовна, PhD с медицины, ассистент кафедры общей хирургии, хирургии №3, травматологии и ортопедии ФПО, Днепропетровский государственный медицинский университет, г. Днепр, Украина

<http://orcid.org/0000-0002-3439-1631>

E-mail: alla.chyhrienko@gmail.com