



XXI
MONOGRAPH

SCIENTIFIC RESEARCH OF THE XXI CENTURY

Volume 1

**Sherman Oaks, Los Angeles (USA)
2021**

COLLECTIVE MONOGRAPH

SCIENTIFIC
RESEARCH
OF THE
XXI CENTURY

VOLUME 1

COMPILED BY
VIKTOR SHPAK

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL BOARD
STANISLAV TABACHNIKOV

GS PUBLISHING SERVICE
SHERMAN OAKS
2021

The collective monograph is a scientific and practical publication that contains scientific articles by doctors and candidates of sciences, doctors of philosophy and art, graduate students, students, researchers and practitioners from European and other countries. The articles contain research that reflects current processes and trends in world science.

Text Copyright © 2021 by the Publisher “GS publishing service” and authors.

Illustrations © 2021 by the Publisher “GS publishing service” and authors.

Cover design: Publisher “GS publishing service” ©

Authors: Abuvatfa S., Ahisheva A., Andriichuk S., Azarova A., Azarova L., Bachynska H., Berest G., Bernatska I., Bezrukavyy Ye., Bida V., Biliachenko M., Binert O., Bocheliuk V., Bondar Yu., Bondarchuk M., Borkhovych A., Boyeva S., Brazhko O., Broiako N., Brukh O., Bukhhalo S., Chahaida A., Chaika H., Chepil M., Cherep A., Cherep O., Cherkashyna V., Chervinska O., Chueshov V., Diumin E., Donii V., Dorofieieva V., Dubyna S., Gencheva V., Hanus O., Harkusha T., Havryliuk I., Hladukh Ie., Hovorova K., Hovorov P., Hryshchenko I., Huryn P., Ivanashko O., Fatkhutdinov V., Kaliuzhnaia O., Karpenko O., Karpova S., Kavertsev V., Khomenko L., Kindinova A., Kovalchuk O., Kovalenko S., Kravchenko O., Kruhla S., Kukhtenko O., Kurdupa V., Labenska I., Lakish L., Lazorko O., Lichkonenko N., Lunhol O., Markevych B., Martselyak O., Martyniuk V., Martynov V., Matvienko L., Mironova Yu., Moiseienko I., Moiseienko V., Mostenska T. H., Mostenska T. L., Mozhovyi V., Mushkevych M., Mykhaliuk N., Naumenko O., Nikitina N., Nosulenko I., Ohrebchuk V., Oleksandrovych Yu., Olkhovska O., Olkhovska V., Omelyanchik L., Onishenko N., Palchak L., Panov N., Paranchuk S., Petrusha Yu., Pistunova T., Polishchuk O., Potanina T., Povch O., Rak N., Raksha-Sliusareva O., Riabinina I., Roman V., Romanova T., Ruden V., Sheretiuk R., Shepetko Ye., Shevchenko N., Shpak V., Shypko M., Sierykh N., Slabouz V., Sliusarev O., Solomko O., Stokolos N., Strelnikov L., Strilets O., Stryzhak N., Sukhanova O., Sukhovirska L., Taran O., Tarasenko H., Tarasiuk H., Ternovyi Yu., Tiamusheva V., Tiutiunyk L., Torop K., Virna M., Virna Zh., Voskoboynik O., Vyshnytskyi N., Yefimov O., Yesypenko T., Zakrasniana Zh., Zarembo Ye., Zarembo-Fedchyshyn O., Zarembo O., Zolotarova N.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by any means, or stored in a database or search engine without the prior written permission of the publisher. The authors are responsible for the content and reliability of their articles. Citation or other use of the monograph is possible only with reference to the publication.

Publisher “GS publishing service”

15137 Magnolia Blvd, # D,
Sherman Oaks, CA 91403, USA.

ISBN 978-1-7364133-0-2

DOI : 10.51587/9781-7364-13302-2021-001

Scientific editors-reviewers: Bobrovnyk S., Bondar Yu.,
Cherep A., Glukhovskiy P., Hovorov P., Lazurenko V.,
Moiseienko V., Omelianchuk L., Protsiuk R., Virna Zh.

Scientific research of the XXI century. Volume 1 : collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, Los Angeles : GS publishing service, 2021. 430 p.

Available at: DOI : 10.51587/9781-7364-13302-2021-001

РУДЕНЬ Василь Володимирович ЕСЕНЦІЯ СУСПІЛЬНИХ КОШТІВ В ОПЛАТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ДОСВІД ІСТОРІЇ.....	178
НАУМЕНКО Олександр Миколайович, МОЙСЕЄНКО Валентина Олексіївна СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРИТИВ	186
ЗОЛОТАРЬОВА Наталія Артемівна, СОЛОМКО Олена Володимирівна ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	194
ЧАЙКА Г. В., МАРКЕВИЧ Б. О., ТАРАН О. А. ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У РІЗНІ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ДІВЧАТ З ПЕРВИННОЮ ДИСМЕНОРЕЄЮ	198
ШЕПЕТЬКО Євген Миколайович, ПОВЧ Олег Андрійович, БІЛЯЧЕНКО Максим Володимирович ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК, ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ.....	204
Pedagogical sciences	
ТОРОП Крістіна Сергіївна КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В ОСВІТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ	214
МОЙСЕЄНКО Ірина МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ СЕНСОМОТОРНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	219
ЗАКРАСНЯНА Жанна Миколаївна ОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТА У КЛАСІ ВОКАЛУ: ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД	234
ЛУНГОЛ Ольга Миколаївна, СУХОВІРСЬКА Людмила Павлівна, АГШЕВА Анна Володимирівна АНАЛІЗ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ.....	238
МОЗГОВИЙ Віктор Леонідович НАДЛИШКОВІ ЗНАННЯ ОСОБИСТОСТІ: ОБҐРУНТУВАННЯ НАУКОВОГО ФАКТУ	245
ПІСТУНОВА Тетяна Василівна ДЖАЗОВЕ МУЗИКУВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ТВОРЧОЇ КОМУНІКАЦІЇ У КЛАСІ СПЕЦІАЛЬНОГО ІНСТРУМЕНТУ	251
КАРПЕНКО Ореста Євгенівна ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І ПРОФЕСІЙНА КАР'ЄРА МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ	255
ЧЕПІЛЬ Марія Миронівна «СУЧАСНІ НАПРЯМИ В ПЕДАГОГІЦІ» У ПІДГОТОВЦІ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ.....	260
БРЮЯКО Надія Богданівна, ДОРОФЄЄВА Вероніка Юрївна ДО ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ МУЗИКАНТІВ-ПРОФЕСІОНАЛІВ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ МИСТЕЦЬКОЇ ВИЩОЇ ОСВІТИ	264
МАТВИЄНКО Lesia, КНОМЕНКО Lyubov THE EFFECTIVENESS OF THE ONLINE PADLET BOARD IN THE MODERN EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF HIGHER EDUCATION	268
НИКІТИНА Nataliia MOTIVATION OF STUDENTS IN THE PROCESS OF DISTANCE LEARNING.....	272
ТАРАСЕНКО Галина Сергеевна ПЕДАГОГІКА СЕМЬОЇ: ПАРАДИГМАЛЬНИЙ ПОДХОД В УСЛОВИЯХ ОБНОВЛЕННЯ ВОСПИТАТЕЛЬНИХ СТРАТЕГИЙ В УКРАЇНІ	275

ШЕПЕТЬКО Євген Миколайович,
докт. мед. наук, професор,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця
ORCID ID: 0000-0002-8186-4024

ПОВЧ Олег Андрійович,
канд. мед. наук, доцент,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

БІЛЯЧЕНКО Максим Володимирович,
аспірант,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця
Україна

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК, ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

На теперішній час залишається актуальною проблема хірургічного лікування як ускладнених форм гастродуоденальних виразок, що обумовлено високим розповсюдженням виразкової хвороби (5-10%) серед населення¹, так і невиразкових кровотеч на тлі с-му Меллорі-Вейсса², портальної гіпертензії³, ерозивно-виразкового ураження гастродуоденальної зони⁴ та пухлин шлунково-кишкового тракту⁵. Дослідження спрямовано на покращення результатів лікування ускладнених гастродуоденальних виразок, пухлин шлунково-кишкового тракту та гострих шлунково-кишкових кровотеч шляхом розробки та застосування нових ендоскопічних та хірургічних методів оперативних втручань.

Проаналізовано **762** випадки захворювань, з яких перфоративна виразка була у 28 хворих, виразкова кровотеча - у 367, ерозивна – у 56, кровотеча із варикозних флєбектазій при портальній гіпертензії – 183, с-м Меллорі-Вейсса – 83, на тлі злоякісних (42) та доброякісних (3) пухлин шлунково-кишкового тракту, що лікувались в 2020р. в Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч.

- 1 Korol Y.A. Acute ulcerous gastroduodenal bleeding: special featurс of treatment strategy at modern stage // Art of Medicine. – 2018. – No. 4(8). – P.106-108.
- 2 Bei-Bei Du, Xing-Tong Wang, Xiang-Dong Li, Pei-Pei Li, Wei-Wei Chen, Si-Ming Li, Ping Yang . Treatment of severe upper gastrointestinal bleeding caused by Mallory-Weiss syndrome after primary coronary intervention for acute inferior wall myocardial infarction: A case report // World Journal of Clinical Cases.- 2019.- December 26; 7(24).- P. 4407-4413.
- 3 Василюк С. М., Лаб'як І. Р., Гудивок В. І., Беркій Т. Л., Василюк А. С. Хірургічна тактика у пацієнтів із кровотечею з гастроєзофагальних варикозно розширених вен // Atr of medicine.- 2020.- № 1.- С. 56-59.
- 4 Buendgens L, Koch A, Tacke F. Prevention of stress-related ulcer bleeding at the intensive care unit: Risks and benefits of stress ulcer prophylaxis. World J Crit Care Med 2016; 5: 57-64 [PMID: 26855894 DOI: 10.5492/wjccm.v5.i1.57]
- 5 Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ann Goding Sauer , Stacey A. Fedewa , Lynn F. Butterly , Joseph C. Anderson, Andrea Cercek , Robert A. Smith , Ahmedin Jemal. Colorectal cancer statistics // A Cancer Journal for Clinician.- 2020.- Vol.70(4).- P. 145-164. <https://doi.org/10.3322/caac.21601>

Перфоративні гастродуоденальні виразки

Відмічено статистично недостовірне збільшення захворюваності на перфорацію гастродуоденальних виразок (28 випадків) у 1,3 рази у порівнянні з 2019р. (21 випадок).

При дуоденальних перфораціях пік захворюваності (по 6 випадків – 21,4%) припадає на вікові групи 40-49р. та 50-59р. при 8 випадках, що припадали на вікову групу 50-59р. в 2019р.(38%).

Розглядаючи розподіл хворих з прободними гастродуоденальними виразками за часом з моменту перфорації до поступлення у клініку в 2020р. зберігається тенденція у бік більш ранньої госпіталізації, до 12 годин (60,7% та 61,9% відповідно). Пізня госпіталізація, більше 24 годин, істотно збільшилась майже у 1,5 рази (2020р.- 4(14,3%), а у 2019р.-2(9,5%)).

Таблиця 1.

Структура оперативних втручань з приводу перфоративних гастродуоденальних виразок 2019 рік

Вид перфоративної виразки	Вид операції							Всього
	ДП	Ушив.	ПП	ГПЕ	СВ+АЕ	СПВ+ПП	РШ за Б-II	
ДПК	10 52,6%	1 5,3%	3 15,8%	2 10,5%	0	1 5,3%	2 10,5%	19 100%
Шлунка	0	1 50%	0	0	0	1 50%	0	2 100%
Всього	10 47,6%	2 9,5%	3 14,3%	2 9,5%	0	2 9,5%	2 9,5%	21 100%

2020 рік

Вид перфоративної виразки	Вид операції					Всього
	ДП	Ушив.	ПП	РЖ за Б-II	АЕ	
ДПК	9 36%	7 28%	7 28%	1 4%	1 4%	25 100%
Шлунка	0	2 66,6%	1 33,3%	0	0	3 100%
Всього	9 32,1%	9 32,1%	8 28,6%	1 3,6%	1 3,6%	28 100%

Примітка: ДП - дуоденопластика, ПП – пілоропластика, РЖ за Б-II – резекція шлунка за Більрот II, АЕ – антрумектомія, ГПЕ – геміпілоректомія, СВ – селективна ваготомія

За ступенем поширеності перитоніту, виявленого під час лапаротомії, розподіл хворих був наступним: місцевого перитоніту не було при 5 випадках в 2019р. (23,8%). Дифузний перитоніт зустрічався у 22 випадках (78,5%) при 12(57,1) в 2019р., тим самим зріс у 1,4 рази. Випадки розлитого перитоніту залишились на тому самому рівні (2020р. - 6(21,5%), 2019р.-4(19,4%)).

В основній групі досліджуваних хворих спектр оперативних втручань при дуоденальних перфораціях був представлений в переважній більшості паліативними втручаннями у вигляді ізольованої дуоденопластики, ушивань виразки та пілоропластики (**92,8%**)(2019р.–80,9%)($p=0,4147, p>0,05, \chi^2=0,665$). Серед

паліативних втручань в **3,4 рази** зросла відносна кількість ушивань перфорації, хоча статистично недостовірно ($p=0,1257$, $p>0,05$, $\chi^2=2,345$), і цей факт можна пояснити більш важким контингентом пацієнтів старшого віку, які надішли в клініку в пізні строки від початку захворювання (>24 годин – $14,3\%$ (2019р. - $9,5\%$)) ($p=0,9466$, $p>0,05$, $\chi^2=0,004$), та збільшенням частоти дифузного та тотального гнійного перитоніту (100%), що і обумовило мінімальний об'єм оперативного втручання.

Органозберігаючі втручання на основі ваготомії не застосовувались взагалі. В одному випадку ($3,6\%$) було виконано резекцію шлунка за Б-II, та в одному випадку – антрумектомію (табл. 1).

Післяопераційна летальність склала **7,1%** (2 із 28) та недостовірно збільшилась на **2,3%** (2019р. – $4,8\%$ (1 із 21)) ($p=0,7872$, $p>0,05$, $\chi^2=0,073$). Причиною летальних випадків були в одному випадку інфаркт міокарду та неспроможність кукси 12-палої кишки в іншому.

Тим пацієнтам, у яких при гістологічному дослідженні виявлено Нр(+) приналежність виразки (10 пацієнтів), призначалась ерадикаційна терапія, починаючи з 3-4 доби після операції, протягом 14 днів, а решті пацієнтів, в зв'язку з технічними та економічними причинами невиконання Нр-тесту вона призначалась а рiогi, та була закінчена на амбулаторному етапі лікування із послідуочим контролем ерадикації через 4 тижні після відміни прийому препаратів за допомогою дихального тесту або швидкого уреазного тесту.

Виразкові гастродуоденальні кровотечі

Продовжуюча кровотеча при первинному ендоскопічному дослідженні при гострокровоточивих гастродуоденальних виразках діагностовано у **9,5%** і статистично достовірно збільшилась в 4,1 рази, порівнюючи із 2019р. – **2,3%** ($p=0,0001$; **$p<0,05$** , $\chi^2=25,659$). Показник нестабільного гемостазу (FIIA, FIIB, FIIC) дорівнював $75,7\%$ та був таким, як і в попередньому році (2019р. - **$75,7\%$** , $p=0,0536$; $p>0,05$, $\chi^2=3,726$)).

Частота **FIIA** для дуоденальних виразок ($10,4\%$) статистично недостовірно збільшилась на 3% , або у 1,4 рази, порівнюючи з 2019р. ($7,4\%$) ($p=0,2416$; $p>0,05$, $\chi^2=1,371$). Придуоденальних виразках частота **FIIB** у склала **41,5%** і характеризувалась статистично достовірним зменшенням показника на $16,3\%$, порівнюючи із 2019р. (**$57,8\%$**) (**$p=0,0001$; $p<0,05$, $\chi^2=15,576$**), а показник **FIIC** статистично достовірно збільшився у 1,6 рази до **27,8%** (2019р. – $17,7\%$) (**$p=0,0036$; $p<0,05$, $\chi^2=8,468$**); **FIIB** у 2020р. склав 13% , тобто показник статистично недостовірно збільшився на $1,9\%$, порівнюючи із 2019р. - $11,1\%$ ($p=0,5489$; $p>0,05$, $\chi^2=0,359$) (Рис.1).

При гострокровоточивих шлункових виразках частота продовжуючої кровотечі (FIA, FIB, FIC) у основній групі пацієнтів склала – $12,4\%$, що на **8,5% більше**, ніж у 2019р. - $3,9\%$ (**$p=0,0015$; $p<0,05$, $\chi^2=10,124$**), а стигмат нестабільного гемостазу **FIIA** недостовірно збільшилась у 1,3 рази з $5,6\%$ до $7,4\%$ в 2020р. ($p=0,5490$; $p>0,05$, $\chi^2=0,359$). У той же час відсоток стигмат нестабільного гемостазу **FIIB** достовірно зменшилась на $13,9\%$ до $40,6\%$ (2019р. – $54,5\%$) (**$p=0,0036$; $p<0,05$, $\chi^2=8,457$**).

Для всіх гострокровоточивих гастродуоденальних виразок частота стигмати **FIIA** збільшилась до $8,7\%$, тобто на 2% ($p=0,2536$; $p>0,005$, $\chi^2=1,303$) ($6,7\%$ у

2019 р.); частота **FIIB** статистично достовірно зменшилась на **16,1%** ($p=0,0001$; $p<0,05$, $\chi^2=28,132$), а показник **FIIC** статистично достовірно збільшився у 1,4 рази до 28,6% (2019 р. – 19,4%) ($p=0,0042$; $p<0,05$, $\chi^2=8,204$) (Рис. 1).

Гострокровоточиві гастродуоденальні виразки при поступленні

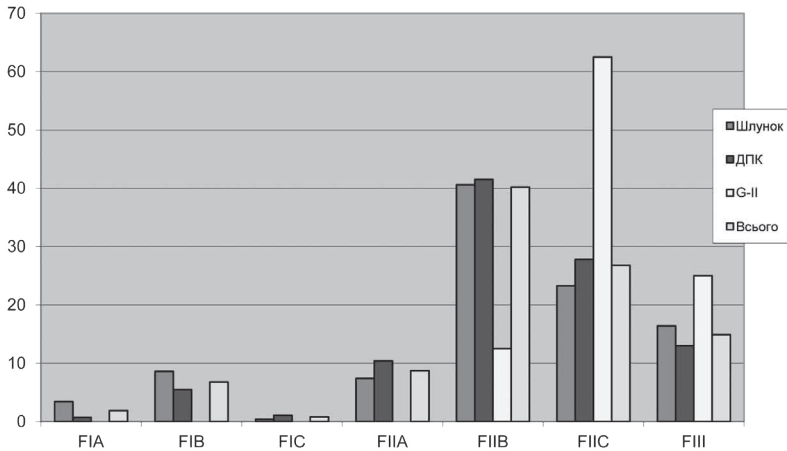


Рис.1. Ступінь стабільності ендоскопічного гемостазу в виразці (%) (2020р.)

Слід зазначити, що нестабільний гемостаз FIIB (40,2%) достовірно частіше був виявлений для всіх гастродуоденальних виразок з кровотечею, що є важливою вказівкою на збільшення ризику рецидиву кровотечі в досліджуваній групі пацієнтів і необхідності застосування ефективних засобів ендоскопічного лікування (кльпування, АПК (аргоноплазмова коагуляція)).

У той же час стабільний гемостаз (FIII) при первинному ендоскопічному дослідженні зустрічався у 14,9% обстежених та був майже таким, як і в 2019р. (12,6%). І це означає, що кровоточиві гастродуоденальні виразки характеризувались малою частотою виявлення стигмати стабільного гемостазу. Такі зміни в структурі стабільного гемостазу пояснюються тим, що ендоскопічний моніторинг частіше застосовували у тих пацієнтів, де при першій ендоскопії виявлено продовжуючу кровотечу з використанням ефективних засобів ендоскопічного гемостазу (капрофер, АПК) або мав місце нестабільний гемостаз (FIIA, FIIB, FIIC).

Ендоскопічний моніторинг з виконанням лікувально-контрольної ендоскопії (1-й перегляд) вказав на те, що при гострокровоточивих гастродуоденальних виразках переважав нестабільний гемостаз FIIB (46,9%) (2019р. - 48,8%). Зменшення, хоча і незначне, частоти зустрічаємості стигмати FIIB при ендоскопічному моніторингу першого перегляду свідчить про те, що поряд з високоефективною АПК, використовувались засоби ендоскопічного гемостазу, що не мають високої ефективності (ЕІТ – ендоскопічна ін'єкційна терапія, хімічна коагуляція). Разом з тим, стигмата кровотечі FIIC (35,9%) зустрічалась у 1,2 рази частіше, ніж у 2019 р. (30,1% у 2019р.), що свідчить про те, що у більшій мірі трансформація гемостазу при ендоскопічному моніторингу відбувалась у бік той стигмати нестабільного гемостазу, що має менший ризик рецидиву кровотечі (ПК).

Разом з тим виявлення кровотечі, що продовжується (FIA, FIB, FIC), при всіх гастродуоденальних виразках, тобто її рецидиву, при першому перегляді за досліджуваний період мало місце у 3,2% (2019р. – 4%), тобто на 0,8% рідше ($p=0,9990$; $p>0,05$, $\chi^2=0,0001$). Зменшення частоти рецидиву кровотечі при першому перегляді можна пояснити більш широким застосуванням ефективних методів гемостазу (АПК, кліпування). Крім того, це пояснюється в значній мірі зміною тактичних підходів в бік операцій на висоті кровотечі при високому ризику послідувачого РК, а також превентивних операцій, що спрямовані на попередження раннього рецидиву кровотечі (РПК), з урахуванням значних деструктивних змін в зоні виразки, більшою частотою велетенських виразок, що обумовлює труднощі в проведенні заходів ендоскопічного гемостазу та впливає на його ефективність, незважаючи на застосування сучасних та розроблених нових способів ендоскопічного гемостазу, та зумовлює необхідність оперувати таких хворих на висоті рецидиву кровотечі при розвитку РПК.

Запропоновані схеми високодозної терапії ІПП (240-320 мг/добу) під контролем технології цілодобового рН-моніторингу за допомогою вітчизняного Ацидогастрографа 24h рН-monitor з метою блокади нічного кислотного прориву для профілактики рецидивної кровотечі, та у поєднанні з розробленими способами ендоскопічного гемостазу дали змогу знизити кількість рецидивів виразкової кровотечі до **2,7%** (10 із 367) (**2,1% - 2019р.** (10 із 475), і показник дещо збільшився (на 0,6%) ($p = 0,7441$, $p>0,05$; $\chi^2 = 0,115$) порівнюючи із 2019 р., та отримати показник кількості екстрених операцій на висоті РПК в **16,6 %** (1 із 6) (2019р. - **36,4 %** (4 із 11)) із зменшенням його на **19,8 %**, або в **2,2 рази**, що є всеж статистично недостовірно ($p=0,7647$; $p>0,05$, $\chi^2=0,090$). Відмічено збільшення відсотка невідкладних (превентивних) операцій, які попереджують рецидив кровотечі. Цей показник у 2020 р. становить 16,6 % із збільшенням показника на **7,5 % або в 1,8 рази**, порівнюючи із 2019 р. (9,1%) (11,1 % при виразках ДПК і 0% при виразках шлунку) ($p = 0,7420$, $p>0,05$; $\chi^2 = 0,108$).

За досліджуваний період оперовано **6** хворих із гострокровоточивими гастродуоденальними виразками із **367** та оперативна активність склала **1,6%** та зменшилась на **0,7 %**, або в **1,4 рази**, порівнюючи із 2019 р. (2019 р.–**2,3 %** (11 із 475), 2018 р. – **3%** (13 із 431)), і досі залишається на досить низькому рівні. Це можна пояснити використанням ефективних засобів ендоскопічного гемостазу (АПК, ін'єкційна ендоскопічна терапія, кліпування) при поступленні хворого в Центр шлунково-кишкових кровотеч, більш широким застосуванням ефективної сучасної медикаментозної консервативної терапії з використанням міцних блокторів шлункової секреції, а саме, внутрішньовенних інгібіторів протонної помпи (ІПП – пангастро, проксіум, нексіум, пантасан, контролок, оmez, омепразол) у високодозному режимі та аналогів соматостатину (сандостатин, октрестатин, укреотид, октра), а також відмовою значної кількості хворих від запропонованого оперативного втручання. Однак, цей показник залишається низьким і викликає велике занепокоєння, тому що, або пацієнти, яким показано оперативне втручання,

категорично відмовляються від операції, або ми не оперуємо хворих і не визнаємо показів до операції там, де вони, як правило, присутні. Напевно, потрібно уважніше ставитися до призначення оперативного втручання у хворих з тривалим виразковим анамнезом, повторними виразковими кровотечами та відсутністю ефекту від сучасного консервативного лікування з всебічним роз'яснюванням та переконанням пацієнтів щодо необхідності виконання перації. В цьому плані проведений аналіз та намагання виправити ситуацію не призвели до збільшення оперативної активності, і показник залишився на дуже низькому рівні (1,6 %).

Тактичні підходи в хірургічному лікуванні виразкових кровотеч полягали в призначенні екстреної операції на висоті кровотечі, що продовжується (FIA, FIB, FIX), невідкладної операції при високому ризику PPK (FIIA, FIIB) в перші 6–12 годин після поступлення хворого і відстрочених втручаннях при стабільному гемостазі (FIII) через 3–5 діб після обстеження та підготовки, а також екстреної операції на висоті PPK. Така розроблена хірургічна тактика є активно-індивідуалізованою і спрямована на зменшення відсотка хворих, що оперуються на висоті PPK, та показника післяопераційної летальності.

Вважаємо, що зниження показника оперативної активності до 2,5% при дуоденальних виразкових кровотечах саме по собі є дуже небезпечним і це пов'язане з трьома основними факторами. Перший – хворі в абсолютній більшості ситуацій відмовляються від оперативних втручань, які їм показані. Другий – пов'язаний із зростанням відносної кількості операцій на висоті рецидиву кровотечі із збільшенням ризику для життя хворого, хоча у звітному періоді 16,6 % цих операцій на висоті PPK виконувалися як невідкладні (превентивні), що були спрямовані на профілактику послідуячого нового рецидиву кровотечі, який ще в більшій мірі становить загрозу життю хворого. Третій – збільшення летальності при консервативному лікуванні гастродуоденальних виразкових кровотеч.

Тактика виконання оперативних втручань, як невідкладних, спрямованих на попередження рецидиву кровотечі, є виправданою та знижує загальну та, у першу чергу, післяопераційну летальність.

У групі пацієнтів, де проводилося лікування консервативними методами, летальність склала **8,6 %** (померло 31 із 361) (2019 р. - **4,3 %** (померло 20 із 464), із достовірним збільшенням показника на **4,3 %** або в **2 рази**, порівнюючи із 2019 р. ($p=0,0165$; $p<0,05$, $\chi^2=5,753$).

Загальна летальність при застосуванні оперативного і консервативного лікування при виразкових гастродуоденальних кровотечах становила **8,7 %** (32 із 367) (2019 р.- **4,2 %**(20 із 475) із достовірним збільшенням показника на **4,6 %**, або в **2,1 рази** ($p=0,0108$; $p<0,05$, $\chi^2=6,494$). Це можна пояснити більш важким контингентом пацієнтів із збільшенням відсотка осіб похилого та старечого віку, особливо серед жінок, а також малою оперативною активністю, обумовленою, частіше всього, відмовою пацієнтів від оперативного втручання там, де воно показане.

За увесь досліджуваний період оперативна активність склала 1,6% (6 із 367) (2019 р. – **2,7 %** (11 із 475)), післяопераційна летальність – 16,6%(1 із 6) (**2019 р. –**

0% (0 із 11)), летальність при консервативному лікуванні – **8,6 %** (31 із 361) (**2019 р. – 4,3 %** (20 із 464)) та загальна летальність – **8,7 %** (32 із 367) (2019 р. – **4,2 %** (20 із 475)). Причинами летальних випадків при консервативному лікуванні у 31 пацієнта були ускладнення з боку серцево-судинної системи (ГСЧН) – 5 (16,1 %), ІМ – 1 (3,2 %), гостра серцево-легенева недостатність (ГСЛН) – 6 (19,4 %), продовжуюча кровотеча – 6 (19,4 %), рецидивна кровотеча – 5 (16,1 %), ТЕЛА – 2 (6,4 %), СПОН – 5 (16,1 %), ПНН – 1 (3,2 %).

Слід зазначити, що оперативна активність в основній групі пацієнтів при гастродуоденальних виразкових кровотечах становила **1,6 %** (6 із 367) (2019 р. – **2,3 %** (11 із 475)) та зменшилася на 0,7 %, **або в 1,4 рази** ($p=0,6371$, $p>0,05$; $\chi^2=0,223$), **що вважається дуже низьким показником**.

З одного боку це добре, тому що мала кількість пацієнтів зазнає оперативного втручання завдяки ефективним засобам ендоскопічного гемостазу та сучасній терапії внутрішньовенними інгібіторами протонної помпи, з іншого боку – цей показник свідчить про відмову хворих від операції в показаних випадках, як на висоті кровотечі, так і у відстроченому періоді.

Разом з тим мала кількість оперативних втручань в значній мірі впливає на показник післяопераційної летальності, якщо навіть один хворий помирає після операції на висоті рецидиву кровотечі при важкому стані та важкої супутній патології. Це хвилює хірургів в першу чергу. Але потрібно враховувати сучасні умови надання хірургічної допомоги хворим з ГВШКК із недостатнім забезпеченням лікувально-діагностичного процесу, як медикаментозним, так і матеріально-технічним.

Гострі ерозивно-виразкові ураження із кровотечею

За досліджуваній період гострі виразки шлунка і ерозивний гастродуоденіт послугували причиною кровотечі у **56** пацієнтів (2019р. – **59**), з яких чоловіків – 32 (57,1 %) (2019 р. – 37 (62,7 %)) ($p=0,6382$, $p>0,05$; $\chi^2=0,221$), жінок – 24 (42,9 %) (2019 р. – 22 (37,3 %)) ($p=0,7019$, $p>0,05$; $\chi^2=0,146$).

Помірна кровотеча була у 51,8 % пацієнтів (2019 р. – 56,7 %); середнього ступеню важкості – у 14,3 % (2019 р. – 27,1 %) і важка – у 33,9 % випадків, (2019 р. – 15,3 %), тобто на 5,8 % зменшилася відносна кількість хворих з крововтратою помірного ступеню ($p=0,6473$, $p>0,05$; $\chi^2=0,209$), кількість кровотеч середнього ступеню зменшилася на 12,8 %, порівнюючи із 2019 р. ($p=0,4906$, $p>0,05$; $\chi^2=0,475$), а кількість кровотеч важкого ступеню збільшилася на 18,6 % в порівнянні із 2019 р. ($p=0,3143$, $p>0,05$; $\chi^2=1,012$).

За ступенем ураження слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки у групі ерозивно-виразкових ШКК переважали ерозивно-геморагічні гастродуоденіти – 42,9 % (2019 р. – 33,9 %), тобто показник статистично недостовірно збільшився на 9 % ($p=0,5465$; $p>0,05$; $\chi^2=0,364$), у той же час в структурі ерозивно-виразкових уражень переважали ерозивні езофагіти – 35,7 % (2019 р. – 37,3 %), тобто показник зменшився на 1,6 % ($p=0,9154$; $p>0,05$; $\chi^2=0,0113$).

Питома вага гострих виразок шлунку та ДПК статистично недостовірно зменшилася на 7,4 % і склала 21,4 % (2019 р. – 28,8 %) ($p=0,6591$, $p>0,05$; $\chi^2=0,195$).

У групі ерозивно-виразкової ШКК померло 5 пацієнтів і летальність склала **8,9 %** (5 із 56) та недостовірно збільшилась на 7,2 % або в 5,2 рази (2019 р. - **1,7 %** (1 із 59)) ($p = 0,1877$, $p>0,05$; $\chi^2=1,735$). Серед померлих всі пацієнти були похилого віку старше 70 років із важкою супутньою патологією, а троє із них – старше 80 років. Причинами летальних наслідків у одного хворого була продовжуюча кровотеча, у 2 – СПОН та ще у 2 – ГСЛН. Серед супутньої патології зустрічався рак печінки, цироз печінки, цукровий діабет декомпенсований, ХОЗЛ та у 4-х пацієнтів - серцево-судинна патологія у стадії суб- та декомпенсації, що в значній мірі пояснює виникнення цих летальних випадків.

Кровотечі із стравохідних флєбектазій при портальній гіпертензії

За період 2020р. було зареєстровано 183 госпіталізації, причому з першим епізодом варикозної кровотечі було госпіталізовано 85 (первинних) пацієнтів. Відмічено позитивну тенденцію у показниках летальності, яка знизилась (табл. 2), та абсолютної кількості пацієнтів, які померли (-14), порівнюючі із 2019 р. Показник летальності склав 22,9 % та був нижчим в порівнянні з усередненим показником за 12 років – 33,2 %, але статистично недостовірно вищим за попередній період спостереження – 19,4 %.

Таблиця 2.

Показники летальності серед госпіталізованих пацієнтів

Показники, що аналізуються	Період спостереження		
	2018 р.	2019 р.	2020 р.
Госпіталізацій	148	144	183
Вперше госпіталізовані	104	77	85
Померло всього	46	28	42
Летальність (за госпіталізаціями),%	31,1	19,4	22,9 ($p = 0,5282$, $p>0,05$; $\chi^2=0,398$)

Розроблені та застосовані ендоваскулярні інтервенційні технології емболізації селезінкової та лівої шлункової артерій при кровотечах із варикозних флєбектазій, що зменшують ризик рецидивів кровотечі у віддаленому періоді. Запропонований алгоритм етапного лікування, що включає медикаментозну, пневмобаллону зупинку кровотечі, ендолігування, ендоскопічну ендо- та паравазальну склеротерапію, дали змогу досягнути рівня летальності в 22,9% (2019р.-19,4%). Існуючі заходи вторинної профілактики у вигляді ендоскопічних втручань (склеротерапії, лігування, кліпування) слід розглядати як етап лікування хворих із ВРВ стравоходу та шлунка в умовах хірургічного стаціонару або Центру шлунково-кишкових кровотеч. Ендоваскулярна інтервенційна емболізація селезінкової та лівої шлункової артерій є ефективним методом попередження рецидиву кровотечі із ВРВ після первинної зупинки кровотечі в Центрі ШКК. Розробка ефективних заходів профілактики епізодів кровотечі має проводитися на основі мультидисциплінарного підходу із залученням лікарів-інфекціоністів, гастроентерологів та лікарів сімейної практики.

Гострокровоточивий рак шлунка

В клініці з приводу раку шлунка, ускладненого кровотечею, перебувало на лікуванні 12 хворих (2019 р. – 33). Оперативна активність склала **16,6 %** (2019 р. – **21,2 %** (7 із 33)) та недостовірно зменшилась на **4,6 %**.

За 2020 р. рак I ст. не було виявлено взагалі; II ст. – у 3 пацієнтів (25 %); III ст. – у 5 пацієнтів (41,73 %); IV ст. – у 4 пацієнтів (33,3 %). Відсоток III ст. і IV ст. ракового процесу склав 63,5 %, і був майже таким, як і в 2019 р. (66,7 %) ($p = 0,0681$, $p > 0,05$; $\chi^2 = 3,312$), тобто показник недостовірно зменшився на 3,2%. Можна зробити висновок, який свідчить про деяке зменшення, хоча і недостовірне, питомої ваги інвазивних форм раку шлунку III ст. і IV ст.

Радикальні оперативні втручання виконано 2 із 2 (100 %) (субтотальна резекція за Більрот II – 2), а у 2019р. виконано 5 із 7 (71,4%) (гастректомія – 2, субтотальна резекція за Більрот II – 2, резекція за Більрот I – 1), Слід відмітити, що кількість радикальних операцій за період 2020 р. (100 %) недостовірно збільшилась, порівняно з минулим роком (2019 р. – 71,4 % ($p = 0,9154$, $p > 0,05$; $\chi^2 = 0,011$)).

Консервативне лікування проведено 10 хворим (83,3 %) (в 2019р. – 26 (78,8 %)) ($p = 0,9001$, $p > 0,05$; $\chi^2 = 0,010$).

За досліджуваній період летальних випадків серед хворих із раком шлунку не було, тоді як в 2019 р. померло 2 пацієнта (6 %).

Впроваджені нові способи апаратної гастроєюнопластики після субтотальної резекції шлунка, єюногастропластики (штучний тонкокишковий шлуночок) та реконструктивних операцій після гастректомії із включенням дванадцятипалої кишки при гострокровоточивому раку шлунка із застосуванням апаратів височастотної ультразвукової дисекції та електрозварювання тканин (Рис.2).



Рис. 2. Технологічне забезпечення реконструктивних оперативних втручань

Гострокровоточивий колоректальний рак

З приводу гострокровоточивого раку товстої кишки лікувалося 12 пацієнтів (2019 р. – 24). Оперовано 4 (3-радикально, 1-не радикально) (в 2019 р.– 6 (100 %)

радикально). Консервативно лікувалось 8 (66,6 %) хворих (2019 р. – 17 (70,9 %)). Оперативна активність становила 33,3 % (4 із 12) (2019 р. – 25 % (6 із 24)) та збільшилась на **8,3 %**.

При виконанні оперативних втручань (передня резекція прямої кишки, низька та низька наданальна резекції прямої кишки) зусилля були спрямовані на застосування циркулярних зшиваючих апаратів та апарата «Контур» для низького пересічення прямої кишки в глибині малої миски. Розроблені інноваційні технології модифікованих операції із застосуванням лінійних та циркулярних зшиваючих апаратів (рис.2).

Стенозуючі пухлини шлунка та товстої кишки

За досліджуваний період оперовано 2 хворих із 6 зі стенозуючим раком шлунку (IV стадія ракового процесу), накладено передній ГЕА (померло 2 – один серед оперованих та 1 – неоперований). Серез 9 стенозуючих раків ободової кишки, що оперовані, у 3 пацієнтів виконана правобічна геміколектомія – 3, лівобічна геміколектомія-1, операція Гартмана – 1, резекція сигмоподібної кишки – 2, двухствольна сигмостомія – 1), померло 2 хворих. Серед раку прямої кишки – 3(оперовано-1, операція Гартмана) без летальних наслідків. Протягом 2019 р. у клініці лікувалося 9 хворих із стенозуючими злоякісними пухлинами (з яких рак шлунка – 4 (оперований 1 – ГЕА), рак ободової кишки – 3 (всі оперовані, правобічна геміколектомія - 2, лівобічна геміколектомія – 1), рак прямої кишки – 2 (оперований – 1, передня резекція прямої кишки)) шлунково-кишкового тракту без летальних наслідків. В 2020 р. оперований один хворий, 65 р., із раком низхідної ободової кишки T4NxM0 з проростанням в порожнину сигмоподібної кишки, прикритою перфорацією та абсцедуванням, проростанням в петлю порожньої кишки. Виконана операція: лівобічна геміколектомія, кінцева трансверзостомія, ентєро-ентєроанастомоз із резекцією петлі порожньої кишки.

Синдром Меллорі-Вейсса

В клініку за досліджуваний період госпіталізовано 83 хворих із синдромом Меллорі-Вейсса (2019 р. – 86) із практично таким же показником, як і в попередньому році. Основним методом хірургічного лікування синдрому Меллорі-Вейсса є ендоскопічне дослідження з застосуванням ендогемостазу (ін'єкційний, кліпування, АПК, електрозварювальний ендоскопічний гемостаз), який був ефективним в абсолютній кількості хворих. В 2019 р.одна пацієнтка була оперована і одужала.

Проведенними дослідженнями показано ефективність диференційної діагностики та активно-індивідуалізованої лікувальної тактики із застосуванням гемостатичної, антисекреторної та комплексної ерадикаційної противиразкової терапії при гастродуоденальних виразкових кровотечах, ефективність кліпування, аргонеплазмової коагуляції, електрозварювального ендоскопічного гемостазу при синдромі Меллорі-Вейсса, технологій апаратної одно- та двохмоментної єюногастропластики та реконструктивних операцій після гастректомії та субтотальної резекції із включенням дванадцятипалої кишки при гострокровоточивому раку шлунка із застосуванням апаратів високочастотного електрозварювання тканин (ПатонМед) та ультразвукової дисекції.