

## ОСОБЕННОСТИ ТИПОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Абдуллажанов Б.Р., Ахмадбеков Б.О., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность проблемы.** Хирургия второй половины 20 века ознаменовалась использованием новейших достижений и технологий для лечения ЯГДК. Внедрение в клиническую практику органосохраняющих операций, методов эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза позволяет пересмотреть вопросы хирургической тактики у лиц пожилого возраста. Важно отметить, что ключевой вопрос этой проблемы - причины рецидивов кровотечения - остается недостаточно изученным, в результате чего послеоперационная летальность при их рецидивах возрастает с 15 до 50% [Абдуллаев Э.Г., 2017]. В настоящее время главная задача состоит в том, чтобы с помощью достижений медицинской науки и хирургии в том числе, при условии роста благосостояния наших граждан, добиваться снижения числа осложнений и летальных исходов при лечении ЯГДК, особенно среди лиц пожилого возраста [Алиев С.А., 2010; Ступин В.А., 2013]. При острых ЯГДК сопутствующие заболевания у 58-93,5% пациентов пожилого возраста значительно повышают риск оперативного вмешательства [Чернооков А.И., 2010; Сажин В.П., 2013], где общая летальность достигает 40%, а послеоперационная летальность на фоне продолжающегося кровотечения или его рецидиве, составляет 55-75% [Луцевич Э.В., 2008; Лебедев Н.В., 2013; Акимов В.П., 2018].

Для прогнозирования развития рецидива язвенного кровотечения предложено множество методик, основанных на отдельных прогностических признаках [Затевахин И.И., 2002]. Создание и внедрение в практику систем и шкал, позволяющих объективно прогнозировать исход заболевания, затруднено прежде всего тем, что законы прикладной математики зачастую невозможно

применить в клинической практике в связи с необходимостью выполнения трудоемких математических расчетов и специального компьютерного обеспечения [Затевахин И.И., 2002].

Активная и активно-выжидательная тактика лечения больных пожилого возраста с ЯГДК приводит к высокой послеоперационной летальности и поэтому не приемлема для данной категории больных [Кубышкин В.А., 2013].

Большой арсенал различных способов остановки кровотечения и в ряде случаев их невысокая результативность свидетельствуют о необходимости продолжения исследований в плане повышения эффективности эндоскопических методик. Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что ЯГДК в пожилом возрасте, в настоящий период относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения.

**Целью настоящей работы** явилось улучшение результатов хирургического лечения ЯГДК у пожилых путем определения некоторых типологических особенностей язвенного процесса, позволяющим оптимизировать хирургическую тактику.

**Материал и методы.** В основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 326 пациентов, находившихся на стационарном лечении в х кафедры на базе кафедры хирургических болезней в клинике АндГосМИ им. Отабекова Ю.О. и в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2019 по 2023 гг. Предметом нашего исследования, явились лишь пациенты с рецидивными ЯГДК, поступившие в экстренном порядке. Распределение по возрасту было произведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2020 г). Несмотря на достижения медицинской науки и успехи хирургической практики, тенденция к росту частоты рецидивных ЯГДК сохраняется. Так количество больных с ЯГДК в период с 2015 по 2022 возросло в 1,5 раза.

В группу сравнения включены – 51 (55,4%) больных, с активным язвенным кровотечением, которым выполнялись стандартные методики гемостаза. При

верификации остановившегося кровотечения мероприятия эндоскопия ограничивалась последующими стандартными ведением пациентов.

**Методы исследования.** Для достижения цели использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы, утвержденные согласно протоколам МЗРУз.

**Результаты и их обсуждение.** Характер и анализ типологических особенностей рецидивных ЯГДК в группе сравнения

Исследованием особенностей течения рецидивного ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста, установлено, что в группе сравнения мужчины с хроническим язвами составили 24 (47,1%), а с острыми язвами - 8 (15,7%), женщины – 9 (17,6%) и 10 (19,6%). При этом необходимо отметить увеличение желудочной (23,5%) локализации «старческих» язв, по сравнению с больными со «старыми» язвами (11,7%). Следует отметить, что рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старых» язвах диагностированы лишь в 6 (11,7%) случаев, а рецидивные ЯГДК из ДЯ – в 28 (54,9%). Рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старческой» язве диагностированы у 12 (23,5%), тогда как в ЯГДК из ДЯ в этом возрасте диагностированы лишь у 5 (9,8%).

Анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в группе сравнения «немое» течение установлено лишь у 18 (35,3%), а длительность заболевания до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 10 (19,6%), а длительность заболевания до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 13 (25,5%). При этом, течение язвенной болезни при старых язвах и старческих язвах существенно отличалась, с увеличением «немомого» течения - у 14 (27,5%) при старческих язвах по сравнению с больными со старыми язвами – 4 (7,8%). Также отмечается относительно короткий период течения и возникновения рецидива кровотечения у больных со старческими язвами до 1 года – 11,8% (6 из 10), течение болезни и до 5 лет лишь у 2,0% (1 из 13) больных. Также в группе сравнения кровотечение в анамнезе ранее не имелось у 32 (62,8%), 1-2 раза - у 17 (33,3%) и 3 и более раза – у 2 (3,9%) больных.

В группе сравнения длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 11 (21,6%) больных, 6-12 часов – у 21 (41,2%), 12-24 часов – у 10 (19,6%) и более 24 часов - у 9 (17,6%) больных. Признаки геморрагического шока отмечены в 18 (35,3%) случае у больных с хроническим язвами, тогда как у больных со старческим язвами – в 12 (23,5%) случаев. Полученные данные свидетельствуют, что в пожилом возрасте, у больных компенсаторные возможности организма находятся в относительно плохом состоянии, о чем свидетельствовали увеличение больных с поступлением в стационар до 6-12 часов – 21 (41,2%), что является одним из признаков более высокой чувствительности к кровопотере.

Основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери - 27 (53,0%), тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 12 (23,5%) и 7 (13,7%) случаев. При этом, в пожилом возрасте при «старых» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 18 (35,3%) случаев, тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 13 (25,4) случаев, при «старческих» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 14 (27,5%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 6 (11,8) случаев. Данное обстоятельство необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

В группе сравнения наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 36 (70,6%), большие (21-30 мм) и гигантские (31 мм и более) язвы при ЯГДК у больных пожилого возраста, в целом, диагностировано в 15 (29,4%) случае. При этом при «старых» язвах диаметр язвы 5-20 мм был в большем количестве – 21 (41,2%), чем при «старческих» язвах – 15 (29,4%), а большие и гигантские 14 (27,5%), тогда как при «старческих» язвах – 6 (11,8%).

В 28 (54,9%) случаев установлены язвы с плотными («калезными») краями, в 23 (45,1%) случаев диагностированы язвы с мягкими краями, что свидетельствовало о длительно текущем хроническом язвенном процессе, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

Всего выявлено 26 сопутствующих терапевтических заболеваний. Из 26 больных с ЯГДК 10 (19,6%) больных поступили в приёмное отделение центра с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение, из них 16 (31,4%) больных группы сравнения, с этим же диагнозом были переведены из терапевтических и неврологических отделений, что указывает на наличие у них целого ряда тяжёлых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, главным образом, сердечно-сосудистой системы.

Наиболее часто отмечались заболевания органов сердечно-сосудистой системы 16 (31,4%). Анализ показал, что в группе больных пожилого возраста статистически достоверно увеличивается частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, что усугубляло состояние больных и оказывало влияние на исходы лечения. Данное положение учитывалось при определении хирургической тактики в группе больных с ЯГДК в пожилом возрасте.

При этом у больных с «старыми» язвами сердечно-сосудистые заболевания диагностированы в 12 (23,5%) случаев, а больных со «старческими» язвами в 4 (7,8%) случаев. У больных «старческими» язвами преобладали другие соматические патологии – 6 (11,8%), которые усугубляли течение заболевания и оказания помощи.

Сочетанная хирургическая патология отмечена в 7 (13,7%) случаев. Хирургическая тактика проводилась с учетом установленных типологических особенностей ЯГДК, а также характера сочетанной хирургической патологии, что явилось предметом обсуждения в следующей главе нашей работы.

Характер и анализ хирургической тактики в группе сравнения. В группе сравнения при кровотечении, на фоне легкой (5), средней (27) и тяжелой (12) степени и крайне тяжелой (7) тяжести кровотечения произведено 23 (45,1%) операций (ЯЖК-18; ЯДК-33). Следует отметить, что и в рамках активно-выжидательной тактики лечения при устойчивом и неустойчивом гемостазе в 16 (31,4%) случаев проведена традиционная гемостатическая и противоязвенная терапия, в 12 (23,5%) случаях эндоскопический гемостаз.

В рамках активно-выжидательной тактики больным пожилого и старческого возраста при безуспешности консервативных мероприятий, проведенных традиционными способами на фоне продолжающегося кровотечения у 5 произведены оперативные вмешательства (РЖ по Б-I – 3; РЖ по Б-II – 2). При этом почти у половины больных при консервативном гемостазе и эндоскопическом гемостазе наблюдали рецидив кровотечения на 3-4 сутки после вмешательства.

Важно отметить, что при проведении традиционной комплексной гемостатической и противоязвенной терапии, в надежде на окончательную остановку кровотечения в 16 случаев (ЯБЖ-18; ЯБДПК-33) возник ранний рецидив кровотечения в стационаре. Этим больным на фоне общего тяжелого и крайне тяжелого состояния пришлось выполнить операции «отчаяния» (ушивание язвы). Это и является самым слабым местом активно-выжидательной тактики лечения ЯГДК, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

С позиций ретроспективной оценки группы сравнения не вызывает сомнения тот факт, что оперативное вмешательство, выполненное до развития рецидива кровотечения, то есть на 2-3 сутки от поступления в стационар и проведенной терапии, имелось бы гораздо больше шансов на успешный результат.

**Заключение.** Таким образом, при анализе результатов лечения ЯГДК у больных группы сравнения, нами получены неутешительные результаты. Подводя краткий итог еще раз подчеркнем, что при ЯГДК у больных пожилого возраста имеются ряд типологических особенностей. В частности, механизм формирования кровотечения при ЯГДК у больных пожилого возраста обусловлен глубоким язвенным дефектом, когда дно язвы достигает стенки кровеносного сосуда, истонченные, аррозированные сосуды различного диаметра, находившиеся в дне язвы, так и сами края язвенного кратера, приводят к диффузному кровотечению. Тем самым нарушения в гемостазе (свертывающая

и противосвертывающая система крови) у больных пожилого возраста усугубляют течение ЯГДК и наиболее часто приводят к летальному исходу.

Дефицит ОЦК приводит, перераспределению внеклеточной жидкости из интерстициального во внутрисосудистый сектор и снижению ОЦК происходит на фоне гемодилуции и повторному кровотечению на фоне истонченных стенок язвы. Решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой лечения с учетом типологических особенностей язвы и свертывающей и противосвертывающей система крови, особенно у пожилых. Все это явилось основанием для последующего исследования типологических особенностей ЯГДК у больных пожилого возраста, также свертывающей и антисвертывающей системы крови, разработки модифицированного способа операции и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностированного алгоритма, которые позволили оптимизировать хирургическую тактику.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В. Абдуллаев А.Э. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Учебно-практическое пособие //Иванов. гос. мед. акад., г. Владимир. –Изд-во ВлГУ, 2017. – 114 с.
2. Акимов В.П., Кубачев К.Г., Творогов Д.А., Чикин А.Е., Качесов Э.Ю. Эндоскопические и эндоваскулярные технологии в лечении не варикозных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений //Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.19.
3. Алиев С.А., Хыдырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. -№2. -С. 30-37.
4. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. -М.: ООО "Курсив", 2002. -166 с.

5. Кубышкин В.А., Петров Д.Ю., Смирнов А.В. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 9. - С. 67-72.
6. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколов П.Ю., Циноева Ф.И. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия им. Н.И. Пирогова-2013. - № 8. - С. 28-31.
7. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В. и др. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 7. - С. 20-23.
8. Ступин В.А., Баглаенко М.В., Кан В.И., и др. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2013. -№5. -С. 31–35.
9. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Котаев А.Ю., Сильчук Е.С., Белых Е.Н. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Анналы хирургии. - 2010. - №1. - С. 12-15.

