

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Бобошаринов Феруз Гофуржонович.,

Надирова Юлдуз Исомовна.,

Алимов Сухроб Усмонович.

Ташкентская медицинская академия

В течение последних десятилетий произошли значительные изменения в проблеме диагностики и лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений. Совершенствование эндоскопических методов диагностики и гемостаза, анестезиологического пособия и хирургической тактики, использование новых средств и направлений в противоязвенной терапии не привели к значительному снижению летальности при кровотечении из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Общая летальность, по данным ведущих клиник нашей страны за последние годы, составляет 4,9-9,3%, послеоперационная — 8,6-13,4%, достигая при тяжелой кровопотере и при рецидиве кровотечения — 25-40% и более [1,2,4,5].

Данные о послеоперационной летальности в многочисленных работах, посвященных язвенным кровотечениям, весьма различны и не всегда сопоставимы, так как этот показатель зависит от большого количества факторов, в том числе от оперативной активности, процентного соотношения плановых и неотложных операций, от объема хирургического вмешательства (соотношения радикальных и паллиативных операций) и др.

Большое количество больных с язвенными кровотечениями с тенденцией к росту, сохранение высокой послеоперационной летальности, несмотря на значительные достижения в проблеме диагностики и лечения этой категории больных, небольшое количество работ, посвященных

подробному анализу причин неблагоприятных исходов хирургического лечения, побудили нас провести данное исследование.

Цель исследования

Провести анализ летальности после хирургического и консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Материал и методы

Был проведен анализ причин летальных исходов лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, за 2016—2022 годы. Изучались анамнестические и клиничко-лабораторные данные, результаты эндоскопической диагностики и гемостаза, оперативного вмешательства.

Всего за 7 лет в клинике лечились 1241 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Впервые выявленные в анамнезе ЯБЖ и ДПК больные были - у 216 (17,4%) случаях, язвенный анамнез до 1 года, – у 496 (39,9 %), 1-3 лет - у 130 (10,5%), 3-5 лет – у 98 (7,9%), 5-10 лет – у 139 (11,2%), более 10 лет – у 162(13,1%) больных. Большинство язв, осложнившихся кровотечением, располагалось на задней стенке луковице двенадцатиперстной кишки у 814 больных, на передней стенке кровоточащие язвы располагались у 166 больных, на малой кривизне – у 162 и на большой кривизне – у 99 больных. Возраст больных: (классификация по ВОЗ. 2017г.) 18-44 был у 588 (47,38%), 45-59 - у 353 (28,45%), 60-74 - у 227 (18,3%), 75-90 - у 73 (5,9%) Больные старше 60 лет составили 24,2%.

Впервые язвенная болезнь осложнилась кровотечением у 679 больных, у 487 больных кровотечение повторилось, а у 75 больных кровотечение наблюдалось многократно. Сроки, прошедшие с момента начала кровотечения до поступления в клинику, самые разнообразные - от 2 часов до 2 недель. У 125 (10,1%) больных гастродуоденальная язва сочеталась с каменным холециститом, у 235 (18,9%) болезни опорно-двигательного системы, у 217 (17,4%) болезни сердечно-сосудистого системы, а у 87 (7,03%) язвенной болезни сопутствовали хронический

бескаменный холецистит, панкреатит и гепатит, у 844 (68%) случаях язвенное кровотечение сочеталась различными тяжести анемии. Анализ степени кровотечения у 1241 больных показал, что у 388 (31,3%) больных I степень кровопотери, у 594 (47,9%) II, и - у 258 (20,8%) больных III степень кровопотери.

После клинико-эндоскопической диагностики острого язвенного кровотечения больных госпитализировали в отделение хирургии и реанимации. Лечебная тактика определялась на основании степени тяжести кровопотери и состояния больного, эндоскопической классификации кровотечения по Форресту, результатов эндоскопического гемостаза, а также клинико-лабораторной и эндоскопической оценки степени риска рецидива кровотечения. Эндоскопический гемостаз осуществлялся обкалыванием язвы по периметру гипертоническим раствором адреналина 1:10000, электродиатермокоагуляцией, клипированием сосуда.

Консервативное лечение проводилось у 938 больных, из них летальный исход развился у 6 (0,6%), эндоскопический гемостаз проводилось у 236 больных, из них летальность у 5 (2,1%), оперированы 67 с летальностью в 10,4% (7) случаев. Общая летальность составила 1,5% (18).

Операции по экстренным показаниям (при продолжающемся, при развившемся в клинике рецидиве кровотечения, при высоком риске рецидива кровотечения, при сочетании кровотечения с перфорацией язвы) были выполнены у 67 больных с летальностью (10,4%). Во время оперативного вмешательства, предпринимаемого с целью гемостаза, в качестве варианта гастро- или дуоденотомии с прошиванием кровоточащего сосуда или по периметру язвы.

Результаты исследование

В течение многих годах лечения острый язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяет нам отметить, что, несмотря на значительные колебания по годам, четко прослеживается тенденция к увеличению количества больных, снижению оперативной активности,

общей летальности, летальности у не оперированных больных и сохранению высокой послеоперационной летальности.

Важно отметить, что значительно уменьшилась доля больных, оперированных в плановом порядке, или в так называемом позднем периоде (на 10-14 сутки от поступления).

Снижение оперативной активности, по нашим данным, в значительной мере можно объяснить внедрением более эффективные методов эндоскопического гемостаза, совершенствованием выбора лечебной тактики, применением с первый дней поступления больных современных противоязвенных средств, а также возможностью перевода больных с установившимся гемостазом в гастроэнтерологическое отделение для проведения полноценного курса противоязвенного лечения.

При сравнении групп оперированных и не оперированных больных отмечено, что среди оперированных было больше мужчин (72,5% и 64,1%, соответственно), лиц пожилого и старческого возраста (28,45% и 18,3%), поступивших в поздние сроки от начала кровотечения (69,2%), с тяжелой степенью кровопотери 258 (20,8%) и с локализацией язвы в желудке (20,9%).

Неизбежно высокой остается летальность у больных с большим риском как рецидива кровотечения, так и оперативного вмешательства, обусловленными тяжелыми сопутствующими заболеваниями, выраженными нарушениями гомеостаза при длительно некомпенсированной гиповолемии и невозможностью, в ряде случаев, провести кровезаместительную терапию. Затягивание сроков оперативного лечения с целью проведения предоперационной подготовки приводит нередко либо к развитию рецидива кровотечения, либо к необходимости выполнения операции в самые неблагоприятные сроки.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о закономерности сохранения высокой послеоперационной летальности.

Основным фактором, определяющим летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, является тяжелая степень кровопотери, которая наблюдалась в 85,2% случаев у умерших, в то время, как среди всех поступивших больных она была отмечена только в 258 (20,8%). Летальность при тяжелой кровопотере составила 12,3%, при средней - 0,98%, при легкой степени - летальных исходов не было. Особенно высокий уровень летальности отмечается при рецидивных кровотечениях. У 11 из 18 (61,1%) умерших летальный исход наступил на высоте рецидива кровотечения или после операции, выполненной по поводу рецидива кровотечения.

По нашим данным, лица пожилого и старческого возраста среди умерших составили 59,9%, превышающие 24 часа от начала кровотечения, поступили 67,3% и 53,2%, соответственно; язва в желудке, в том числе при сочетании ее с язвой двенадцатиперстной кишки, локализовалась в 78,7% и 21,3%, соответственно; тяжелые сопутствующие заболевания с нарушением или декомпенсацией функций систем или органов — в 81,5% среди умерших.

Ряд авторов предлагают рассматривать эти факторы как критерии риска рецидива кровотечения, наряду с ними учитывая эндоскопические данные о неустойчивом гемостазе, размерах и локализации язв, анамнестические данные (язвенный анамнез, повторяемость кровотечений, потерю сознания и др.), низкие показатели красной крови и нестабильную гемодинамику и другие [1,3,5].

Прогностическое значение такого довольно большого количества различных факторов определяет необходимость индивидуального подхода к выбору лечебной тактики и субъективизм в комплексной оценке их, предъявляет высокие требования к квалификации врача и ставит задачу — создания объективных систем оценки степени риска каждого.

При консервативном лечении у всех 6 умерших причиной летального исхода явилась тяжелая кровопотеря и вызванные ею постгеморрагические

нарушения. Консервативная тактика у 3 из них летальный исход наступил в ближайшие часы от поступления у 2-х больных сопутствующие инфаркт миокарда и у одного инсульт — на высоте рецидива кровотечения, наступившего на фоне комплексной консервативной терапии под контролем динамической эндоскопии.

У больной 63 года, доставленной в клинику через 3 суток от начала кровотечения из каллезной язвы двенадцатиперстной кишки с тяжелой кровопотерей, консервативное лечение проводилось в связи с эндоскопическими признаками устойчивого гемостаза. Рецидив кровотечения на 6 сутки от поступления на фоне постгеморрагической анемии (гемоглобин — 60 г/л) привел к летальному исходу.

При объективных причинах проведения консервативного лечения (тяжесть состояния больной при длительно невосполненной гиповолемии, постгеморрагическая анемия, отсутствие достаточного количества крови для подготовки к операции) можно предположить, что при выборе лечебной тактики определенную роль могла сыграть недооценка возможности развития рецидива кровотечения в такие сроки при наличии эндоскопических признаков устойчивого гемостаза. Известно, что рецидив кровотечения развивается преимущественно в первые 2-3 суток после остановки кровотечения [1]. При эндоскопических признаках устойчивого гемостаза рецидив кровотечения из язвы луковицы развивается в 1% случаев [5].

После операции умерли 7 больных, из них 1 оперированы по экстренным показаниям, в том числе на рецидиве кровотечения — 3, ререцидиве кровотечения в стационаре — 3.

Кровотечение тяжелой степени было у 15 (83,3%) больных, средней тяжести — у 3 оперированных. Язва локализовалась в желудке у 7 (38,9%) умерших.

Неблагоприятными факторами, оказавшими определенное влияние на развитие летального исхода, явились поздние сроки поступления от 35

часов до 7 суток (5), характер язвенного процесса: каллезные и гигантские язвы желудка размерами — более 3 (4), язвы двенадцатиперстной кишки задней стенки — от 0,8 до 2,5 см (3), пенетрация язвы в поджелудочную железу (1).

Перитонит и развившиеся вследствие его дальнейшие смертельные осложнения явились причиной летального исхода у 3 умерших, после операции возникла перфорация острой язвы тела желудка, по поводу которой выполнена релапаротомия и ее зашивание. особую тактическую сложность представляла острая геморрагия, развившаяся у 1 пациентов после зашивания перфоративной язвы. В связи с этим им выполнена релапаротомия и резекция желудка, после которой один пациент умер на фоне декомпенсированной кровопотери. У всех больных при поступлении были признаки состоявшегося кровотечения с высоким риском рецидива и тяжелой степенью кровопотери. Пенетрация язвы в поджелудочную железу отмечена у 1 больных. Все больные оперированы в экстренном порядке, трое из них — на высоте рецидива кровотечения, развившегося на 3, 5 и 6 сутки от поступления.

Причиной перитонита у 3 больных явилась перфорация острых язв (1) или панкреонекроза (2). Решающим фактором в панатогенезе у 2 мужчин явились гнойно-некротические процессы в поджелудочной железе. Они были, в возрасте от 41 до 58 лет, у одного из двух наблюдалась тяжелая степень кровопотери. Одного оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения на 2-3 сутки, один больной - в позднем периоде после остановки кровотечения и комплексной терапии. У всех были язвы, пенетрирующие в поджелудочную железу. Острый панкреатит у 1 больных развился в после операционном периоде. На операции у 1 больного была установлена пенетрация субкардиальной язвы в поджелудочную железу и в забрюшинное пространство с развитием панкреонекроза и флегмоны забрюшинного пространства.

Заключение

Причины высокая летальности является позднее обращения, тяжелея степень кровопотери, сопутствующие патологии, а также пожилой возраст. Летальность после консервативного лечение (из 938 больных) обусловлено у троих сопутствующие патологии (инфаркт миокарда (2), инсульт) у троих больных рецидив кровотечение в стационаре. У 236 больных произведено различные виды эндоскопическая остановка кровотечения, причина смерти в этой группы является ререцидив кровотечения в стационаре. Высокая летальность у 7 (10,45%) больных из 67 оперированных после операции является запоздалая операция на высоты кровотечение.

Литература

1. Холов, Х. А., Тешаев, О. Р., Бобошарипов, Ф. Г., Амонуллаев, А. Х., & Надирова, Ю. И. (2023). ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ-КАК НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНЫ. *Академические исследования в современной науке*, 2(8), 192-206.
2. Бобошарипов, Ф. Г., Холов, Х. А., Тешаев, О. Р., Алимов, С. У., & Надирова, Ю. И. (2023). КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ COVID-19. *Models and methods in modern science*, 2(4), 51-58.
3. Надирова Ю. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЛОКАТОРОМ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И ИНГИБИТОРОМ АПФ //Solution of social problems in management and economy. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 181-186.
4. Teshaeв, O. R., Rakhmonova, G. E., Jumaev, N. A., & Babadjanov, A. B. (2020). A REVIEW OF SPREADING WAYS, FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CORONAVIRUS INFECTION. *Central Asian Journal of Medicine*, 2020(3), 119-134.
5. Бобошарипов, Ф. Г., Холов, Х. А., Тешаев, О. Р., & Надирова, Ю. И. (2023). ПОСТБАРИАТРИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ И ГИПОТОНИЯ. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В*

МИРЕ, 21(5), 105-113.

6. Надирова, Ю. И., Бобошарипов, Ф. Г., Кодирова, Ш. А., & Мирзаева, Г. П. (2023). ОСТЕОПОРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 21(5), 89-96.

7. Надирова, Ю. И. (2023). ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ ПРОЧНОСТИ КОСТИ И ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ХБП. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 21(5), 97-104.

8. Umarova, Z. F., Jabbarov, O. O., Saydaliyev, R. S., Jumanazarov, S. B., & Radjarov, A. B. (2023). DIASTOLIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE LATE AFTER CORONARY STENTING. *Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences*, 2(7), 161-164.

9. Надирова, Ю., Жаббаров, О., Бобошарипов, Ф., Умарова, З., Сайдалиев, Р., Кодирова, Ш., ... & Жуманазаров, С. (2023). ОПТИМИЗАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЛОКАТОРОМ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И ИНГИБИТОРОМ АПФ. *Solution of social problems in management and economy*, 2(2), 181-186.

10. Надирова, Ю. И., Жаббаров, О. О., Бобошарипов, Ф. Г., Турсунова, Л. Д., & Мирзаева, Г. П. (2023). ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЗАГГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС.

11. Тешаев, О. Р., Курбанов, Г. И., Муродов, А. С., & Алимов, С. У. (2022). ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. In *Journal of international conference on electrical machines and systems (Online)* (Vol. 1, No. 1).

12. Mavlyanov, O. R., Ataliev, A. E., Mavlyanov, J. A., Babajonov, A. B., Yusupbekov, D. A., & Nurmatov, S. I. (2019). A SINGLE-ROW SUTURE IN SURGERY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT. *Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi*, (2), 28-35.

13. Rustamov, A. E., Navruzov, B. S., Egamberdieva, E. X., Babajonov, A. B., Eshmurodova, D. B., & Eshmurodov, S. A. (2019). Tactics of Surgical Treatment for Rectal Prolapse. *Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi*, (2), 119-122.
14. Тешаев, О. Р., Курбанов, Г. И., Муродов, А. С., & Алимов, С. У. (2022). ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. In *Journal of international conference on electrical machines and systems (Online)* (Vol. 1, No. 1).
15. Teshaeв, O. R., Ruziev, U. S., Murodov, A. S., & Zhumaev, N. A. (2019). THE EFFECTIVENESS OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OBESITY. *Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi*, (5), 132-138.
16. Мирзахмедов, М. М., Холов, Х. А., & Матбердиев, Ы. Б. (2022). СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(6), 340-350.
17. Тешаев, О. Р., Рузиев, У. С., Тавашаров, Б. Н., & Жумаев, Н. А. (2020). Эффективность бариатрической и метаболической хирургии в лечении ожирения. *Медицинские новости*, (6 (309)), 64-66.
18. Ахмедов, М. А., Даутов, Ф. А., Юсупов, Ш. Б., Хайитов, И. Б., & Тавашаров, Б. Н. (2012). Сочетанные операции при патологии аноректальной области. *Врач-аспирант*, 51(2.2), 308-314.
19. Сагатов, Т. А., Тавашаров, Б. Н., & Эрматов, Н. Ж. (2019). Морфологическое состояние гемоциркуляторного русла и тканевых структур тонкой кишки при хронической интоксикации пестицидом на фоне аллоксанового диабета. *Медицинские новости*, (10 (301)), 55-57.
20. Жураева, Ш. У., Урманов, И. Ф., Хайитов, И. Б., & Тавашаров, Б. Н. (2012). Морфологическое обоснование микрохирургической реконструкции истмического отдела маточных труб при бесплодии. *Врач-аспирант*, 51(2.3), 395-400.
21. Shagazatova, B. K., Teshaeв, O. R., Kudratova, N. A., & Ruziev, U. S.

- (2022). SURGICAL METHODS OF OBESITY TREATMENTS FOR LOWERING BODY MASS INDEX. *Central Asian Journal of Medicine*, (1), 21-27.
22. Teshayev, O. R., Rakhmonova, G. E., Jumaev, N. A., & Babadjanov, A. B. (2020). A REVIEW OF SPREADING WAYS, FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CORONAVIRUS INFECTION. *Central Asian Journal of Medicine*, 2020(3), 119-134.
23. Хайитов, И. Б., Тешаев, О. Р., & Ортикбоев, Ф. Д. (2020). РОЛЬ И МЕСТО АЛЬБЕНДАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.
24. Тешаев, О. Р., & Хайитов, И. Б. (2016). Экспериментальное моделирование грыжи передней брюшной стенки с абдомино-висцеральным ожирением. *Журнал теоретической и клинической медицины*, (4), 23-25.