

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Абдуллажанов Б.Р.

Ахмадбеков Б.О.

Ботиров А.К.

Отакузиев А.З.

Андижанский государственный медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17192160>

Актуальность проблемы. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) остаются одной из наиболее тяжёлых и социально значимых проблем неотложной хирургии. У лиц пожилого возраста течение ЯГДК отличается рядом особенностей: более частой локализацией язвенного дефекта в желудке, высоким риском массивной кровопотери, частым «немым» клиническим течением заболевания, а также наличием выраженной сопутствующей патологии, что значительно осложняет выбор тактики лечения [1;2;3].

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.

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

Результаты и их обсуждение. Проведённый нами анализ показал, что в пожилом возрасте частота язвенных кровотечений желудочной локализации возрастает до 38,0% против 5,6% у лиц среднего возраста, тогда как кровотечения из двенадцатиперстной кишки, наоборот, уменьшаются (62,0% против 94,4%). В пожилой группе в 66,1% случаев

пациенты поступали в стационар в первые 12 часов от начала кровотечения, что отражает меньшие компенсаторные возможности организма и более высокую чувствительность к кровопотере. При этом тяжёлые и крайне тяжёлые формы кровопотери встречались почти в 2 раза чаще, чем у пациентов среднего возраста (25,5% и 16,3% против 12,0% и 9,8% соответственно).

При эндоскопической классификации Forrest у пожилых значительно чаще фиксировались продолжающиеся кровотечения (41,3% против 21,7% в контрольной группе). Наряду с этим в пожилой группе преобладали язвы с мягкими краями (42,4%), что связано с частым приёмом лекарственных средств, особенно нестероидных противовоспалительных препаратов.

Изучение состояния свёртывающей и антисвёртывающей системы у пожилых больных выявило выраженное повышение общей коагулирующей активности крови и снижение фибринолитической активности, что создаёт предпосылки к внутрисосудистому микросвёртыванию и способствует рецидивам кровотечения.

Сравнительный анализ традиционной активно-выжидательной тактики показал её низкую эффективность: консервативная терапия применялась у 33,3% больных, эндоскопический гемостаз – у 37,3%, оперативное лечение – у 29,4%. Однако рецидивы кровотечения в ранние сроки и высокий уровень осложнений свидетельствовали о необходимости оптимизации подхода.

В связи с этим нами был разработан и внедрён усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм (№ДГУ 33397 от 12.02.2024 г.), основанный на принципах активно-индивидуализированной хирургической тактики. Его ключевыми элементами стали:

- обязательное проведение экстренной ФГДС с определением типа кровотечения по классификации Forrest;
- оценка тяжести состояния по шкале SAPS;
- активное применение ингибиторов протонной помпы, что позволило снизить рецидивы кровотечения с 25,0% до 2,3%;
- расширение показаний к эндоскопическому гемостазу (53,7% против 37,3% при традиционной тактике);
- ограничение объёма urgentных операций и внедрение модифицированного способа иссечения язвы при пенетрации в поджелудочную железу (патент №IAP7795 от 14.08.2024 г.).

В результате реализации активно-индивидуализированного подхода удалось снизить частоту язвенных повреждений и послеоперационных кровотечений с 13,7% до 2,4%, послеоперационных осложнений, связанных с вмешательством – с 17,6% до 7,3%, гнойно-септических осложнений – с 9,8% до 2,4%, осложнений общего характера – с 15,7% до 9,7%, а послеоперационной летальности – с 7,8% до 2,4%.



Заключение. Таким образом, предложенная тактика обеспечивает рациональную перегруппировку в рамках неотложных вмешательств и позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения ЯГДК у пациентов пожилого возраста

Список литературы:

1. Ашуров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Дехконов Ж.К. Ошқозон ва ун икки бармокли ичак ярасида кон кетиш рецидивини прогнозлаш учун дастур. УзР ИМА ЭХМ учун ДГУ05759-сон дастур. -2018.
2. Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Палымбетова Д.Н. Доставочное устройство для применения гемостатического покрытия Гепроцел в малоинвазивной хирургии //Проблемы биологии и медицины. – Самарканд - 2018. - №4 (104) – С. 160 – 163.
3. Boyd-Carson H, Doleman B, Cromwell D. Et al. National Emergency Laparotomy Audit Collaboration. Delay in Source Control in Perforated Peptic Ulcer Leads to 6% Increased Risk of Death Per Hour: A Nationwide Cohort Study //World J Surg. -2019. – С. 29