

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ.**

АХМАДБЕКОВ БЕКЗОДБЕК ОЛИМБЕК УГЛИ

**ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ**

Фергана – 2026 г.

Составители:

Ахмадбеков Бехзодбек Олимбек угли - ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья.

Рецензенты:

**Косимов Адахам
Лутфуллаевич** д.м.н., профессор кафедры общей хирургии и трансплантологии Андижанского государственного медицинского института.

**Фаттохов Нусратилло
Хамидуллоевич** д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДИСЛОВИЕ	4
ГЛАВА I. Современные тенденции и проблемы в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте (обзор литературы)	14
1.1. Структура, частота и этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте.....	14
1.2. Прогнозирование рецидива кровотечения и современное состояние вопросов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте.....	21
1.3. Состояние свертывающей и противосвёртывающей системы крови при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.....	28
ГЛАВА II. Клиническая характеристика и методы исследования	34
2.1. Клиническая характеристика больных.....	34
2.2. Методы исследования.....	47
ГЛАВА III. Особенности типологии и хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в группе сравнения	54
3.1. Характер и анализ типологических особенностей ЯГДК в группе сравнения.....	54
3.2. Характер и анализ хирургической тактики в группе сравнения.....	61
ГЛАВА IV. Особенности типологии и хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых в основной группе	63
4.1. Способ иссечения кровоточащей язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу.....	63
4.2. Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК у пожилых.....	66

4.3. Лечебно-диагностический алгоритм при ЯГДК в пожилом возрасте.....	70
4.4. Характер и анализ хирургической тактики в основной группе.....	74
ГЛАВА V. Результаты хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых.....	83
Заключение	89
Выводы.....	100
Практические рекомендации.....	101
Список литературы	102
Список сокращений.....	120

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	- артериальное давление;
АЧТВ	- активированное частичное тромбопластиновое время;
БЛО	- бронхолегочные осложнения;
ГДЯ	- гастродуоденальные язвы;
ДПК	- двенадцатиперстная кишка;
ДЯ	- дуоденальная язва;
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт;
И/Б	- история болезни;
ИБС	- ишемическая болезнь сердца;
МНО	-Международное нормализованное отношение;
МЭФЖ	- моторно-эвакуаторная функция желудка;
НПВП	- неспецифические противовоспалительные препараты;
ОПН	- острая почечная недостаточность;
ОЦК	- объем циркулирующей крови;
РЖ по Б	- резекция желудка по Бильрот;
РФМК	- растворимые фибринмономерные комплексы;
СОЖ	- слизистая оболочка желудка;

- ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии;
- ФГДС - фиброгастродуоденоскопия;
- ЯБ - язвенная болезнь;
- ЯБДПК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- ЯБЖ - язвенная болезнь желудка;
- ЯГДК - язвенные гастродуоденальные кровотечения

ПРЕДИСЛОВИЕ

По статистике, кровотечения из различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают третье место среди наиболее частых хирургических патологий. Состояние опасно развитием быстрой кровопотери и анемии более чем в 80% случаев. При кровотечениях ЖКТ счет идет на минуты, а жизнь пациента напрямую зависит от возможностей клиники. Частота ЯГДК составляют 15-20% больных, с высокой общей (10,8-13,5%) и послеоперационной летальностью (14,7-19,3%) и не имеют тенденцию к снижению, а при выполнении «операции отчаяния», летальность достигает 30-40% и более. При этом, у лиц старше 60 лет послеоперационная летальность достигает 34-73%. Это связано разногласиями хирургов при определении хирургической тактики, упущениями в догоспитальном этапе в плане диагностики, предоперационной подготовки, а также выборе метода и объема операции, а также послеоперационного ведения больных. К тому же при ЯГДК, возрастным особенностям организма должного внимания не уделяется. Это ставит клинициста в затруднительное положение из-за невозможности однозначной трактовки полученных результатов. Между тем, без решения этих вопросов, рекомендации практической медицине в отношении выбора той или иной хирургической тактики являются не до конца обоснованными.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования по оценке особенностей клинического течения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых больных с целью оптимизации хирургической тактики, изучаются возможности интервенционной радиологии как альтернатива экстренной операции при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых, проводится исследование по определению оптимального времени и подходов к проведению эндоскопии у отдельных групп пожилых пациентов, а также по уточнению показаний к трансартериальной эмболизации (ТАЕ) кровоточащих сосудов как приоритетной опции, особенно у пациентов с высоким операционным риском.

В нашей стране современные направления развития системы здравоохранения включают меры, направленные на улучшение результатов лечения пожилых пациентов с гастродуоденальными язвами, осложнёнными кровотечением, за счёт внедрения современных принципов интенсивной терапии и хирургической тактики. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг. Реализация данных задач, в том числе улучшение результатов хирургического лечения желудочно-дуоденальных кровотечений у пожилых пациентов, остаётся одной из актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии.

Данное монографическое исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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. В настоящее время главная задача состоит в улучшении результатов хирургического лечения ЯГДК, особенно среди лиц пожилого возраста. При этом, сопутствующие заболевания у 58-93,5% пациентов пожилого возраста значительно ухудшают

результаты хирургического лечения. Сегодня, в начале XXI века мы вынуждены решать те же проблемы, что и наши предшественники. И данный факт является нисколько не умаляет достигнутых хирургией вершин.

При повторной язвенной геморрагии, отсутствует единая трактовка патогенетических аспектов рецидива ГДЯК. Нерешенными остаются выбор оптимального метода эндоскопического гемостаза и своевременное определение показаний, а также сроков и метода оперативного вмешательства, которая дает возможность предотвращение рецидива кровотечения. Обнадеживающие данные о применении лечебной эндоскопии при ЯГДК, все чаще противопоставляется хирургическим методам лечения. Среди ЯГДК до 40% занимают лица пожилого и старческого возраста. Из них до 20% больных поступает позже 24 ч от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. Требуют уточнения изменения, происходящие в системе гемостаза при ЯГДК. Выбор оптимальной тактики может быть облегчен путем разработки общедоступных прогностических критериев с учетом риска возникновения рецидива кровотечения из язвы.

Современные методы лечения (эндоскопический гемостаз, фармакотерапия, восполнение кровопотери) позволяют добиться первичного гемостаза. Однако в 10-35% случаев возникает рецидив кровотечения. Оперативные вмешательства при рецидивах влечёт за собой высокий уровень летальности, достигающий 35-75%. Достоверный прогноз возможности развития рецидива кровотечения позволяет избежать неоправданного выжидания и необоснованного оперативного вмешательства. Прогнозирование рецидива кровотечения только по эндоскопическим признакам, может превышать 70%. Создание и внедрение в практику систем и шкал для прогнозирования рецидива кровотечения, зачастую невозможно применить в клинической практике в связи с необходимостью выполнения трудоемких математических расчетов и специального компьютерного обеспечения.

В настоящий период для воздействия на источник кровотечения применяются различные методы, отличающиеся по своим физическим свойствам и

механизмам действия: термические (электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, лазерная фотокоагуляция т.д.); инъекционные (адреналин спирт, склерозанты); клеевые покрытия (цианакрилаты, тромбин, фибриновый клей) и механические (клипирование, лигирование). По данным Ian M. и соавт., эндоскопические вмешательства способствовали снижению риска повторного кровотечения по сравнению с фармакотерапией. В обзоре Fujishiro M. и соавт. приведена эффективность различных эндоскопических методов гемостаза. Так, в рандомизированных исследованиях начальные показатели гемостаза в среднем составляли около 90% с частотой рецидива кровотечения 2-10%. По результатам исследования авторы рекомендуют комбинированное применение различных методик, например, инъекционных и механических. Другим вариантом эндогемостаза является применение различных гемостатических порошков и полимерных клеевых субстанций, использование которых характеризуется технической простотой и безопасностью. Однако, по данным Vitali F. с соавт. их изолированное применение при ЯБ обеспечило первичный гемостаз только в 80% случаев, при этом к 30 суткам наблюдения частота рецидива кровотечения составила 34%. Такой большой арсенал различных способов остановки кровотечения и в ряде случаев их невысокая результативность свидетельствуют о необходимости продолжения исследований в плане повышения эффективности эндоскопических методик. Таким образом, ЯГДК в пожилом возрасте, является актуальной и до конца нерешенной проблемой.

Предметом исследования составляет оценка эффективности оптимизированной хирургической тактики, выстроенной с учетом особенностей типологических особенностей, гемопоза, модификации способа иссечения кровоточащей язвы желудка в сочетании с пенетрацией в окружающие органы и усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

ГЛАВА - I

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (обзор литературы)

1.1. Структура, частота и этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте

Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) в 39%-55% становятся причиной кровотечений из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) находится на уровне 1,7-5% и не имеет отчетливой тенденции к снижению. Вместе с тем, прием НПВП лицами пожилого возраста способствуют росту контингента больных ЯГДК [32, 37, 80, 83, 119]. Общая летальность при ЯГДК составляет 13–15%, послеоперационная летальность – 12–21%. По данным современной литературы ежегодно эрозивно-язвенное поражение ЖКТ диагностируется у 5 миллиона человек во всем мире [86, 114]. Несмотря на многолетние исследования этой патологии, на фоне открывшихся к началу 21 века, фармакологических и эндоскопических способов коррекции, отмечается увеличение числа лиц пожилого возраста, которые составляют 13 – 40%. При ЯГДК рецидив возникает несколько чаще - 12,4–17,3%. В среднем в течении первых полгода от момента кровотечения у 12-33% больных наблюдаются рецидивы кровотечения, где летальность составляет 30-55% [16, 57, 89, 120]. У лиц пожилого и старческого возрастов в 58-93,5% случаев имеется сопутствующая патология [27, 88, 128]. При запоздалых вмешательствах, выполняемых на фоне тяжелой кровопотери, а также при рецидиве кровотечения послеоперационная летальность достигает 30-75% и в течение последних 10-15 лет увеличилось в 2-3 раза [39, 43, 79], что также связано с приемом НПВП [65, 74, 101, 127].

Неослабевающий интерес к этой проблеме также связан отсутствием общепринятой концепции лечения и унифицированной лечебной тактики. Существуют разногласия и в отношении возможности эндоскопических

способов временного гемостаза, а также сложности выявления и отбора достоверных факторов прогнозирования риска рецидива кровотечения [6, 8, 137, 153]

В 1974 г. Forrest J.A. создал эндоскопическую классификацию гастродуоденальных кровотечений и на ее основе выстроил определенный алгоритм лечебной тактики как для эндоскопистов, так и для хирургов, хотя полностью прогнозировать рецидив кровотечения на основании данных эндоскопического исследования невозможно. Доказано, что эндоскопический гемостаз и последующий мониторинг его эффективности расширяют возможности хирургов в достижении стойкого гемостатического эффекта у 96-98% пациентов [39]. Для язвы желудка наиболее частой локализацией, является малая кривизна (20,4%) и тело желудка (19,6%). Язва луковицы ДПК чаще всего поражала переднюю стенку (14,6%), реже нижнюю стенку (2,1%) [35, 40]. Основными показаниями к оперативному лечению являются: продолжающееся струйное кровотечение (тип 1А по классификации Forrest), случившийся рецидив кровотечения или высокий риск его развития. Чаще всего выполнялось вскрытие просвета и прошивание кровоточащей язвы. Обращает на себя внимание, что при рецидиве кровотечения риск развития летального исхода, увеличивается в десятки раз [12, 62, 92].

Эффективность лечения при ЯГДК зависит от решения важнейшей проблемы – стабильности гемостаза [43]. Доказано, что эндоскопический гемостаз и последующий мониторинг его эффективности расширяют возможности хирургов в достижении стойкого гемостатического эффекта у 96-98% пациентов [39, 42]. Однако в 35 - 45% случаев при желудочной локализации язвы и в 12 – 35% случаев при ее дуоденальной локализации отмечается рецидив ЯГДК. Оперативные вмешательства при рецидивах ЯГДК не случайно называют «операциями отчаяния», поскольку выполняются они на фоне срыва компенсации первичной кровопотери, закономерно сопровождаясь летальностью, достигающей 35 – 75% [30, 72]. Данные

обстоятельства определяют актуальность поисков способа предотвращения рецидива и (или) его прогнозирования.

Все вышеизложенное диктует пересмотр тактики лечения пациентов с ЯГДК [43]. На сегодняшний день лечебная эндоскопия является базовой составляющей комплексного лечения ЯГДК, что в большинстве случаев позволяет повысить эффективность гемостаза, снизить частоту рецидивов и снизить летальность [41, 58, 92, 112].

Этиология и патогенез. Персистенция *Helicobacter pylori* (НР), как патогенного агента, являющегося причиной ЯБ, подтверждается у 60–80% больных. В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами агрессии и факторами защиты. Ослабление факторов защиты и усиление факторов агрессии: гиперпродукция гастрина; гиперпродукция соляной кислоты, пепсиногена и пепсина; дискоординация моторики; персистенция *Helicobacter pylori*, которые вырабатывают ферменты (уреаза, протеазы, фосфолипазы) и цитотоксины, повреждающие защитный барьер слизистой оболочки и способствуют высвобождению в СОЖ интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в СОЖ. НР -негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом НПВП, что предусматривает необходимость особых подходов к больным старше 60 лет с ЯГДК [5, 84, 107, 108, 150]. По данным Ермолова А.С. (2017) у 64,4% пожилых язвенный дефект превышал 1 см, а у 14,7% - диагностированы большие и гигантские язвы, а также атипичная клиническая картина, которая не соответствовала тяжести кровопотери.

ЯГДК встречаются в 6 раз чаще у пожилых, чем в молодом возрасте. За последнее время каждый третий больной с ЯГДК старше 60 и даже 70 лет, что связано с приемом НПВП [15, 24, 25, 59]. Частота рецидивов кровотечений остается высокой и колеблется в 10-35% случаев [41, 78, 119].

С возрастом в патогенезе ЯБ усиливается значение кровоснабжения СОЖ [15, 17, 53, 54, 127]. С появлением и прогрессированием атрофии СОЖ, у больных пожилого и старческого возраста, частота обсемененности *H. pylori* начинает

снижаться. Вместе с тем у больных пожилого возраста, по-видимому, имеет место сочетание различных факторов ульцерогенеза с их неодинаковым удельным весом [15, 24, 91, 94, 107].

Язвы у пожилых локализуются преимущественно по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе, имеют большие размеры, часто протекают неопределенной клинической симптоматикой, отличаются склонностью к развитию кровотечений и медленным рубцеванием [24, 126].

Основное отличие симптоматических язв желудка от истинной ЯБ состоит в том, что при них имеется связь с причинным провоцирующим язву фактором. При исключении и удалении этого фактора заживление язвы и выздоровление происходит значительно быстрее и эффективнее [25, 36, 51].

Возникновению симптоматических язв желудка нередко способствует сочетание и взаимное усиление предрасполагающих факторов. Механизм развития лекарственных язв может быть различным. Лекарственные язвы чаще всего возникают в желудке. Достаточно в большом количестве случаев они бывают множественными и сочетаются с эрозиями. Такие язвы обычно быстро заживают после отмены лекарственного препарата. Однако опасность лекарственных язв состоит в возможности развития осложнений – кровотечений из язв и пр. Для диагностики существенное значение имеет анамнез (например, прием «ульцерогенных» лекарств) и обследование. Вероятно, значительная доля ЖКК развивается вследствие приобретенной или транзиторной гиперацидности, а в пожилом и старческом возрасте еще и сопровождается выраженными нарушениями гемостаза [1, 5, 50, 95, 99, 103]. *Helicobacter pylori* (HP) и прием аспирина являются важными факторами риска развития ЯБЖ и ДПК. Первые характеризуются гипоацидностью в результате пангастрита, а вторые – гиперхлоргидрией в результате антрального преобладающего гастрита [89, 94, 96, 105, 108, 117, 133].

Признано, что к причинам развития острых ЯГДК относят: 1) патоморфологические особенности язвенного дефекта слизистой оболочки; 2) погрешность в хирургической коррекции кислотно-пептической агрессии; 3)

неадекватность медикаментозной терапии; 4) тяжесть нарушений свертывающей системы крови и развитие других патологических состояний на фоне геморрагического шока [71, 138].

В механизмах язвообразования у пациентов пожилого возраста, у определенной части больных возникновение язв желудка и ДПК происходит на фоне гипоксии СОЖ и снижении секреции соляной кислоты. Также имеет место сочетание различных факторов ульцерогенеза с их неодинаковым удельным весом [23, 109, 139].

Своеобразие патогенеза ГДЯ у лиц пожилого возраста оправдывает выделение в этом возрасте двух форм заболевания – «застарелая» и «старческая» язвы. У больных с «застарелой» язвой заболевание протекает длительно, характеризуясь развитием в большинстве случаев типичного язвенного симптомокомплекса, где патогномичными является повышение регионарного желудочного кровотока и высокий уровень кислотопродуцирующей функции желудка, что свидетельствует о преобладании в механизмах язвообразования кислотно пептического фактора. «Старческие язвы» возникают после 60 лет, имеют кратковременное течение и характеризуются стертой клинической симптоматикой. Такие язвы развиваются у пациентов с низким регионарным кровотоком, на фоне атрофии слизистой и, как правило, угнетением кислотообразования в желудке. Ведущая роль в возникновении этих язв принадлежит ишемии слизистой оболочки желудка (СОЖ). Риск оперативного вмешательства в пожилом возрасте по сравнению с лицами среднего возраста превышает в 4-7 раз [72, 90, 102, 136].

Десятилетиями было принято считать, что соляная кислота является фактором, способствующим снижению коагуляции за счет локальных гипофибриногенемии и активации фибринолиза. С другой стороны, у ряда больных геморрагия возникает при желудочной гипосекреции и даже ахлоргидрии. Если для хронических ГДЯ локальная гипоксия воспринимается как один из многих патогенетических факторов, то для острых язв той же локализации данный фактор является ведущим. Острые язвы составляют до

12% от всех причин геморрагий начального отдела пищеварительного тракта, сопровождаясь летальностью, достигающей 40–70%. ГДЯ у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются медленным рубцеванием [25, 140].

Язвенное кровотечение может возникнуть как из хронической, много лет существующей язвы желудка, так и из остро развившейся язвы или эрозии. Обильные, профузные кровотечения чаще возникают из каллезных, пенетрирующих язв по малой кривизне желудка и задней стенки ДПК как зонах максимальной васкуляризации.

На сегодня более 5% населения планеты ежедневно принимает НПВП и при этом не менее чем у 25% из них развиваются НПВП-индуцированные язвы с самым распространенным осложнением в виде кровотечения. К началу XXI в. было установлено, что НПВП регулярно принимали более 50% всех пациентов, перенесших ЖКК, и что при НПВП-гастропатии ЖКК развиваются в 5 раз чаще, чем у не принимавших НПВП [106, 116, 152].

Суждения относительно патогенеза повторной язвенной геморрагии крайне расплывчаты и не позволяют получить представление о сущности локального патологического процесса, как, впрочем, неоднозначными представляются этиопатогенетические аспекты и собственно ЯГДК.

В случае симптоматических язв различают 3 вида поражений гастродуоденальной слизистой оболочки: кровоизлияния в слизистую оболочку от мелких петехий до обширных участков; эрозии с поверхностной деструкцией слизистой оболочки (не глубже подслизистого слоя стенки желудка или ДПК); язвы, при которых дефект достигает мышечного, а иногда и серозного слоя. Дно симптоматических язв обычно покрыто фибрином или сгустком крови. Их диаметр может колебаться от 2-3 мм до 2-3 см и более. Вокруг симптоматической язвы нет периульцерозного воспалительного вала, как при язвенной болезни, но есть ярко-красный ободок. Симптоматические язвы чаще локализуются в области дна и тела, гораздо реже - в пилорическом отделе желудка и в двенадцатиперстной кишке [36, 141].

Способность НПВС вызывать кровотечения пищеварительного тракта, связывают с угнетением агрегантной способности тромбоцитов, а также некоторых прокоагулянтных факторов сыворотки крови и с уменьшением капиллярной проницаемости. НПВП-индуцированные язвы, склонны к частому рецидивированию [36, 145].

Факторы риска развития НПВП-индуцированных гастропатий: 1) язвенный анамнез, причем риск развития рецидивов велик если ранее возникали НПВП-ассоциированные язвы или ЖКК; 2) пожилой возраст; 3) прием высоких доз НПВП; 4) наличие сердечно-сосудистой патологии; 5) прием одновременно различных препаратов из группы НПВП; 6) сопутствующий прием высоких доз глюкокортикостероидов и антикоагулянтов [36].

«Стероидные» язвы нередко расположены на большой кривизне желудка и носят множественный характер, большей частью протекают без болей, что объясняется анальгезирующим эффектом рассматриваемых препаратов. «Стрессовые язвы» связанные с атеросклерозом ГДЯ характеризуются склонностью к кровотечению, которые склонны к рецидивированию. Симптоматическая природа язв подтверждается медиогастральной локализацией низким уровнем желудочного секреторного фона, коротким анамнезом, латентным течением и крупным диаметром язв [36].

Таким образом, патогенез эрозивно-язвенного поражения является сложным процессом, что создает условия для агрессии кислотно-пептического фактора на ограниченном участке слизистой с пониженной резистентностью в результате действия местных патогенетических факторов.

1.2. Прогнозирование рецидива кровотечения и современное состояние вопросов хирургического лечения ЯГДК в пожилом возрасте

Прогнозирование рецидива кровотечения. Частота рецидива ЯГДК достигает 55%. В то же время на фоне ЯГДК методы ЭГ могут усугублять процесс деструкции [130, 135].

ЭГ характеризуют как «стабильный» («устойчивый») и «нестабильный» или («неустойчивый») [41, 114]. Наличие свежей или малоизмененной крови в желудке или ДПК, а также наличие рыхлого сгустка красного цвета являются эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза [72]. Дополнительными признаками неустойчивого гемостаза являются локализация язвы на малой кривизне желудка и задней стенке ДПК, сочетанные язвы, диаметр язвы более 2 см, появление новых тромбированных сосудов на его поверхности [9, 28, 34, 113, 115].

В проведении эндоскопического мониторинга среди исследователей сохраняются разногласия [29, 33, 100, 115]. Эндоскопический мониторинг, который представил Фомин П.Д. и др. (2002), позволяет проводить повторные неоднократные эндоскопические гемостатические мероприятия с интервалом в 2–4 часа тем больным, которые отказались от операции или имеют высокую степень риска наркоза. Всем остальным больным рекомендуют выполнять эндоскопический контроль через 2–4 часа (Forrest IA), через 4–6 часов (Forrest IB, II A, II B.), через 12–24 часа (Forrest II C и III) [68]. Неблагоприятны в плане прогноза рецидива ЯГДК «свежие» язвы, имеющие большие размеры и глубокое дно язвы [25, 87, 88, 93, 125].

Расходы на лечение больных с ЯГДК в США составляют \$ 5,7 млрд в год. К приоритетным задачам при ЯГДК относятся остановка кровотечения, восполнение кровопотери и профилактика рецидива кровотечения [101, 134]. Рецидив кровотечения в стационаре сегодня может достигать 20% и более, которое характерно для пациентов пожилого возраста. Оперативные вмешательства, так называемые операции отчаяния, характеризуются возрастанием числа послеоперационных осложнений в 2,8 раза и летальных

исходов в 5,9 раза по сравнению с неотложными операциями, выполненными в безрецидивный период [15].

Разделение понятия угрозы рецидива кровотечения на три степени риска имеет принципиальное значение в выборе лечебной тактики.

Эндоскопические методы гемостаза. На сегодняшний день существует множество способов эндоскопического и фармакологического воздействия как на источник кровотечения, так и на репаративные процессы пораженных участков слизистой ЖКТ [17, 36, 56, 58, 121].

Наиболее часто используются следующие методы эндоскопического гемостаза: 1) термические: электрокоагуляция, термокаутеризация, лазерная фотокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция (за счет тромбоза сосуда в зоне кровотечения); 2) инъекционные: адреналин; алкоголь, склерозанты; цианакрилаты, тромбин, фибриновый клей; 3) механические: клипирование, лигирование. Лечебная эндоскопия при ЯГДК позволяет осуществить временный или окончательный гемостаз, а также провести мониторинг и повторный гемостаз при рецидиве кровотечения [22, 38, 56, 58]. Из физических методов наиболее чаще всего применяют диатермокоагуляцию [56, 58]. Лазерная фотокоагуляция уступила свое место аналогичным по эффективности, но существенно менее дорогим и громоздким методам эндоскопического гемостаза. Одним из конкурентных преимуществ лазерной фотокоагуляции является применение аргонно-плазменной коагуляции. Как дополнение или же как самостоятельный метод остановки кровотечения не утерятил своих позиций так называемый инъекционный метод. На сегодняшний день, все больше клиницистов придерживаются тактики комбинированного использования методов гемостаза [34, 75, 77].

По данным ряда исследователей, «применение комбинаций эндоскопического гемостаза позволяет повысить частоту успешности первичного гемостаза» у 97,1% пациентов [29, 34, 75, 110]. Довольно большое количество публикаций относится к использованию цианоакрилатного спрея. Комбинированному применению гемостатических средств и гранулированного сорбента в лечении

ЯГДК посвящена работа М.Н. Романцова (2018) [53]. Суммируя все выше перечисленные методы, можно говорить о том, что необходимы дополнительные исследования, чтобы определить оптимальный метод лечения для пациентов с тяжелым кровотечением [9, 151]. Следует отметить, что в последние годы на базе экспериментального отдела РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова внедрена в клиническую практику данного центра и Анд гос. МИ внедрен отечественный препарат «Гепроцел» [4, 26, 73].

Методы эндоскопического гемостаза, несмотря на выраженный эффект, не способны надежно и в течение длительного времени предотвратить развитие рецидива кровотечения, в связи с чем последние должны рассматриваться как временные и использоваться для полноценной подготовки больного к предстоящему оперативному вмешательству [30, 33].

Целями ранней эндоскопии являются определение источника кровотечения, прогноза и проведение эндоскопического лечения при наличии показаний [28, 72].

Эрадикация *Helicobacter pylori* является ключевым моментом профилактики рецидива ГДЯК. Постэндоскопическая тактика ведения пациентов с ГДЯК также зависит от результата проведенной эндоскопии. Если устойчивый гемостаз во время эндоскопии не получен, требуется экстренное оперативное вмешательство [31, 122, 148].

Существуют клинические и эндоскопические критерии угрожающего рецидива кровотечения. К клиническим критериям относят: 1) тяжелую кровопотерю; 2) возраст старше 65 лет; 3) результат по шкале APACHE III > 85 баллов, по шкале APACHE II > 11 баллов. К эндоскопическим критериям относят: кровотечения по Forrest Ia, Ib, IIa; каллезную и пенетрирующую язву; язву задней стенки 12-перстной кишки. Имеются данные, что рецидив кровотечения в 97% случаев развивается в течение 72 ч после его первого эпизода. У пациентов с чистым дном язвы после кровотечения рецидив последнего возможен в 5–7% случаев, а послеоперационная летальность при этом не превышает 2%. Когда язва заполнена свертком крови рецидива

кровотечения можно ожидать у 20% пациентов, а летальность после экстренных операций достигает 5–7%. В случае крупного тромбированного сосуда в дне язвы рецидив кровотечения наступает у 40% пациентов, а послеоперационная летальность превышает 10%. При продолжающемся струйном кровотечении или подтекании крови из-под сгустка, которое удается остановить при гастродуоденоскопии, рецидив кровотечения развивается у 50% пациентов, а послеоперационная летальность превышает 15%. При наличии эффекта от консервативных и эндоскопических методов гемостаза, но высоком риске рецидива кровотечения производится срочная операция в течение 12–24 ч от поступления. Пациентам пожилого возраста с высокой степенью операционного риска, а также при кровотечениях из острых язв применяются иссечение и прошивание кровоточащей язвы. После прошивания хронической язвы в половине наблюдений наступает рецидив кровотечения с вероятностью летального исхода в 60–70%. В остальных случаях показаны радикальные органосохраняющие или резецирующие вмешательства [3, 46, 81, 123].

При диагностировании признаков нестабильного гемостаза у 70% больных ранний рецидив кровотечения наступает в течение ближайших 12–48 часов [14, 82, 88].

Основной недостаток предложенных попыток прогноза – отсутствие четкой стандартизации данных. В определении хирургической тактики при лечении больного с ЯГДК ведущее место занимает математическая модель прогноза [32, 131].

После проведения экстренной ЭГДС пациентов с учетом факторов прогноза рецидива кровотечения можно выделить три группы.

Первая группа - пациенты с продолжающимся кровотечением (стигматы F1a, F1b). При неэффективности ЭГ ставятся показания к экстренной операции, а при эффективности - рекомендовано продолжение консервативной терапии. При других осложнениях ЯБ операцию проводят в отсроченном периоде [78, 79].

Вторая группа - пациенты с эндоскопическими признаками спонтанно остановленного кровотечения, но нестабильным гемостазом (FIIa, FIIb, FIIc). Показаны ЭГ и лечение для пациентов I группы.

Третья группа - пациенты со спонтанно остановившимся кровотечением (FIII) и отсутствием признаков ЯГДК, имеют невысокий риск рецидива кровотечения. Показания к ЭГ определяются индивидуально. При некробиотических процессах выполняется отсроченная операция, а при репаративных процессах - консервативное лечение [18, 119].

Временный характер гемостаза, достигаемый в ходе эндоскопических вмешательств, приводит к развитию рецидива у 12-46%. Предпринимаемые в условиях рецидива кровотечения, «операции отчаяния», сопровождаются наибольшей летальностью. С этих позиций все большую актуальность приобретает подход, связанный с попыткой прогнозировать риск развития рецидива кровотечения [8, 22].

Вторым важным критерием, определяющим прогноз заболевания и выбор адекватной лечебной тактики, является рациональное определение степени риска предстоящего оперативного вмешательства и основных факторов, влияющих на его выраженность [34].

Выбор метода лечения больных с ЯГДК – является наиболее сложной проблемой urgentной хирургии [44, 69]. Первичный ЭГ можно достичь в 94,7% случаях, окончательный – в 95,2% [50, 82]. Механический метод представляет собой клипирование сосуда, лигирование эластичными кольцами, эндопетлей [70, 87]. К физическим методам относятся: термовоздействие (криовоздействие); электрокоагуляция; лазерная коагуляция; радиочастотная абляция [50, 93]. В 2003 г. впервые при остановке ЯГДК была применена радиоволновая коагуляция. Надежно остановить кровотечение удается у 97,3% больных [142]. Комбинированный метод ЭГ многообразен [93]. Различные виды ЭГ имеют свои достоинства и недостатки [149, 152].

К клиническим признакам высокого риска рецидива кровотечения относятся: кровотечения в анамнезе; рвота малоизмененной кровью; мелена в сочетании с коллапсом; стойкие нарушения в системе гемостаза [146, 147].

К эндоскопическим признакам неустойчивого гемостаза относят: присутствие крови в желудке или ДПК; наличие в язве видимого сосуда, с тромбом [125].

Дополнительными эндоскопическими критериями служат: локализация язв на малой кривизне желудка и задней стенке луковицы ДПК, пептические язвы анастомоза; сочетанные язвы; диаметр язвы >2 см [93]. Временные промежутки для мониторинга кровотечения составляют от 2 до 24 ч. Единого мнения о временном интервале пока нет [22, 28, 42, 48, 67, 48, 143].

Тактика лечения ЯГДК изменялась параллельно достижениям методов диагностики, возможностям ЭГ, представлениям о патогенезе ЯБ и ее фармакотерапии [9, 42, 64]. Активно-выжидательная тактика лечения сменилась активным хирургическим подходом, когда стало возможным визуализировать язвенный дефект и определить степень устойчивости гемостаза. Большинство операций выполнялось в срочном порядке, что сопровождалось высокой послеоперационной и общей летальностью, достигающей 45% и 29% соответственно [1, 10, 41, 48, 85].

Сторонниками активной хирургической тактики при ЯГДК являются многие хирурги [39, 45, 66]. Однако это не означает, что они оперируют всех больных с ЯГДК. Юдин С.С. (1955) у больных пожилого возраста с коротким язвенным анамнезом проводил консервативное лечение при большом операционном риске [76].

Высокий риск летальных исходов у пожилых вызывает необходимость дальнейшего совершенствования хирургической тактики [47, 52, 61, 65, 77, 97].

Необходимость улучшения результатов лечения больных с ЯГДК привели к активно-индивидуализированной тактике, основанной на прогнозе рецидива кровотечения, что снизило оперативную активность до 40% [68]. Развитие методов эндоскопического гемостаза и их синергетический эффект с

антисекреторными препаратами позволили избежать рецидива кровотечения у большинства больных, уменьшить общую летальность до 7-10% [67, 68].

Существуют различные морфологические критерии, позволяющие разделить эрозии слизистой и острые язвы. При острых язвах имеются более глубокие поражения, захватывающие иногда все слои стенки органа. Поэтому частота развития кровотечений различной степени из острых язв достигает 75%. Частота острых язвенных поражений в пожилом возрасте достигает 74,6% [47, 52, 61].

На современном этапе, продолжается дискуссия при определении хирургической тактики, которые остаются спорными и нерешенными до настоящего времени. Улучшение результатов возможно за счет внедрения своевременного ЭГ, эффективность которой составляет 88-95,8% [93]. При отсутствии эффекта от такого воздействия обоснованы показания к операции [39, 102].

ЯБ у больных пожилого и старческого возраста рассматривается в трех вариантах [52, 61]: I – длительно протекающая, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения; II – начавшаяся в пожилом и старческом возрасте ("поздняя" ЯБ) и имеющая свои особенности; III – «старческая» язва, которую следует рассматривать как симптоматическую, которая отличается массивностью и склонность к рецидивированию [6, 35, 48]. На возникновение его рецидива большую роль играет лизис сформировавшегося тромба соляной кислотой желудочного сока, пепсином и протеолитическими ферментами поджелудочной железы [21, 49, 118].

Цель усилий, направленных на коррекцию кровопотери - сохранение уровня потребления кислорода тканями для поддержания метаболизма в них. Для улучшения результатов лечения ЯГДК необходимо совершенствовать методики воздействия на гемореологию и систему микроциркуляции [13]. Даже небольшая кровопотеря на фоне сопутствующей патологии приводит к тяжёлым нарушениям гомеостаза [129]. В настоящее время для

прогнозирования развития рецидива кровотечения ЯГДК предложено множество методик, однако, как правило, данные методики трудоемки, что усложняет их применение в практической хирургии [35, 79, 134].

Паллиативный эффект лечебной эндоскопии позволяет рассматривать ее не как абсолютную альтернативу хирургической тактике, а как превентивный способ перед отсроченной операцией [48].

В соответствии с консенсусом Маастрихт VI, в качестве схем первой линии в регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину (<15%) рассматриваются и могут назначаться эмпирически тройная терапия (ИПП + кларитромицин + амоксициллин) и висмут-содержащая квадротерапия (ИПП + висмут + тетрациклин + метронидазол). Схемами эмпирического выбора второй линии являются фторхинолон-содержащая квадротерапия (ИПП + левофлоксацин + амоксициллин + висмут) или фторхинолон-содержащая тройная терапия (ИПП + левофлоксацин + амоксициллин), а также висмут-содержащая квадротерапия. В качестве терапии «спасения» при неэффективности выше обозначенных схем ЭТ и отсутствия возможности провести анализ на чувствительность микроорганизма консенсусом Маастрихт VI регламентируется использование тройной терапии с рифабутином (ИПП + амоксициллин + рифабутин) [5].

1.3. Состояние свёртывающей и противосвёртывающей системы крови при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

1.4.

В организме гемостаз реализуется, в основном, тремя взаимодействующими функционально-структурными компонентами: стенками кровеносных сосудов (в первую очередь, интимой), клетками крови (тромбоцитами, эритроцитами и др.) и плазменными ферментными системами (свёртывающей, фибринолитической, калликреин-кининовой и др). Именно тромбоцитам, а не свёртыванию крови, принадлежит ведущая роль в первичной остановке кровотечений из микрососудов, наиболее ранимых и чаще всего бывающих

источником геморрагий. Таким образом, можно выделить первичный гемостаз – тромбоцитарно-сосудистую реакцию и вторичный гемостаз - свертывание крови. Чаще эти механизмы функционируют одновременно и сопряженно. Скорость образования тромба, его размеры, возможность спонтанного лизиса зависят не только от активности факторов свертывания, но и от содержания естественных антикоагулянтов в крови и активности фибринолитической системы [11, 78, 95, 124].

Гемостаз с древнегреческого языка можно перевести как «остановка крови». Система гемостаза поддерживает ее жидкое состояние, останавливает кровотечение, если сосуд поврежден, таким образом сохраняя баланс между свертывающей и противосвертывающей активностью. Свертывание протекает последовательно в три стадии. Спазм сосуда. Благодаря уменьшению их просвета снижается скорость кровотока и, соответственно, уменьшается кровопотеря. Тромбоцитарный гемостаз. В работу по остановке кровотечения включается сама сосудистая стенка. Даже при небольшой зоне повреждения волокна коллагена «обнажаются», к ним направляются клетки крови - тромбоциты. Коллаген и один из факторов свертывания крови «запускают» сложный биохимический процесс - активацию и агрегацию (то есть склеивание между собой) тромбоцитов с образованием тромбоцитарного или «белого» тромба, помогающего восстановить целостность сосуда. Коагуляционный гемостаз. После того как сгусток сформирован, происходит активация факторов свертывания крови - специальных белков. В результате из неактивного белка плазмы крови фибриногена образуется фибрин - белок в форме волокон, которая способна удерживать тромбоциты и другие клетки крови, включая эритроциты, формируя прочный красный тромб. Система фибринолиза, предотвращает чрезмерное тромбообразование. Она же включается в работу, когда приходит пора растворить тромб, образовавшийся при повреждении сосудов. Ее еще называют антисвертывающей (фибринолитической) системой [11, 20, 23, 37, 78, 80].

В крови присутствуют несколько разных факторов свертывания крови. При порезе или иной травме, вызывающей кровотечение, факторы свертывания совместно образуют кровяной сгусток. Сгусток предотвращает избыточную кровопотерю. Факторы свертывания крови обозначаются римскими цифрами (I, II, VIII и т. д.) или соответствующими названиями (фибриноген, протромбин и т.д.). Жидкое состояние крови обеспечивает противосвертывающая система. Пусковым механизмом свертывания крови является повреждение кровеносных сосудов. Коагуляционный ферментативный гемостаз протекает в три фазы: ФАЗА I. Формирование протромбиназы. ФАЗА II. Появление протромбиназы означает начало второй фазы свертывания крови – образования тромбина (процесс идет мгновенно - 2-5 секунд). ФАЗА III. Под влиянием тромбина в третьей фазе происходит превращение фибриногена в фибрин. Образование фибрина и завершает образование кровяного тромба.

Агрегатное (жидкое) состояние крови обеспечивается динамическим равновесием потенциалов свертывающей и противосвертывающей систем. Прежде всего, поддерживается имеющимися в ней естественными антикоагулянтами (противосвертывающая система). Кроме того - гепарин, продуцируемый тучными клетками и базофилами. Имеется и третья составляющая - система фибринолиза, которая начинает действовать одновременно с ретракцией сгустка. Фибринолиз - процесс расщепления фибрина, составляющего основу тромба. Главная функция фибринолиза - восстановление просвета (реканализация) закупоренного сгустком сосуда [80, 143, 149].

Существенную роль в патогенезе ЯГДК играет и состояние свертывающей системы крови [11]. Нарушения микроциркуляции развиваются раньше, чем изменения в системе макроциркуляции, и проявляются при дефиците 10% ОЦК и более. Нарушения гемореологии выражаются в виде агрегации эритроцитов, внутрисосудистого тромбоза. Эти нарушения связаны с предшествующими изменениями системы микроциркуляции (атеросклероз,

сахарный диабет и др.) и массивностью ЯГДК, характерной для пожилых пациентов. Развивается микроциркуляторная недостаточность, которая вызывает грубые нарушения клеточного метаболизма, что, приводит к тяжелым, а иногда необратимым изменениям морфологии и функции печени, почек других органов [13, 141].

При кровотечении происходит весьма сложные сдвиги в системе свертывания крови, которые, с одной стороны обусловлены убылью компонентов этой системы вместе с кровью, а с другой стороны компенсаторными реакциями организма на кровопотерю, при которых имеется тенденция к генерализации ряда факторов свертывания. Девальд М.К. (1950) экспериментально установила, что потеря крови, даже до 20% всей массы, свертываемость крови ускоряется почти на 50% [19].

Попова Н.Н. (1950), показала, что массивная острая кровопотеря всегда сопровождается чрезмерно резким повышением свертываемости. Крупенников Н. (1924) установил, что кровопотеря во время операции всегда ускоряет свертываемость. По мнению Зубарев Д.М. (1962), при кровопотере ускорение свертываемости крови и склонность к тромбообразованию, зависит от появления в крови циркулирующего тромбина. При этом появление тромбина в крови не связано с изменением содержания протромбина, а также факторов V, VII, VIII, IX, X и тромботропина. После кровопускания по данным автора, адгезивная способность тромбоцитов увеличивается, но количество их уменьшается [23, 37, 49].

Степаник Е.П. и Смирнская Е.М. (1962) установили, что массивные кровопотери при хирургических операциях могут способствовать возникновению тромбозов, вследствие последующего значительного повышения отдельных факторов свертывания крови [55].

Павловский Д.П. (1964) при ЯГДК обнаружил, что антикоагулянтная активность крови была повышена, а фибринолиз – незначительно повышен [47]. Дедерер Ю.М. и Суховеева Е.Я. (1968) установили, что при ЯГДК наблюдается повышение активности проконвертина и проакцелерина по

сравнению с нормой повышение активности факторов свертывания крови не наблюдалось [20]. Туровец И.Г. и Улановская И.Н. (1963) при ЯГДК наблюдали повышение свертываемости крови [63]. В настоящее время углублено представление о коагуляционном процессе. Изменения в системе гемостаза при ЯГДК, их роль в возникновении рецидива кровотечения и лечении этой категории больных изучены недостаточно.

Ткаченко Б.И. (1994) отмечает повышение фибринолитической активности плазмы в ответ на активацию прокоагулянтного звена гемостаза, и, что ее повышение у лиц старше 60 лет намного отстает по сравнению с таковым у более молодых лиц [60]. Напротив, другие исследователи утверждают, что геморрагия сопровождается снижением фибринолитической активности плазмы вследствие истощения и компонентов [62].

Констатируя факт наличия несомненного дисбаланса показателей свертывающей системы крови, литература демонстрирует довольно противоречивые сведения о её состоянии при ЯГДК у пожилых, что требует дальнейших исследований [61]. Процесс образования сгустка крови представляет собой цепную реакцию, в которой каждое предыдущее активированное вещество активирует следующее. В образовании тромба участвуют все клетки крови, но основная роль принадлежит тромбоцитам, содержащим белки-факторы свертывания [15, 22, 149].

Итак, тактика лечения ЯГДК, в т.ч. в пожилом возрасте, несмотря на значительные успехи, омрачаются рецидивом кровотечения, что вынуждает к выполнению операции «отчаяния», сопровождающееся высокой летальностью.

Резюме. Таким образом, несмотря на широкое освещение данной проблемы не до конца исследованы некоторые «типологические» особенности при хронических («старых») и острых («старческих») язвах на фоне ЯГДК. Имеется настоятельная необходимость исследования состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, которая позволит прогнозировать степень риска рецидива геморрагии. Дальнейшее

совершенствование алгоритма действий, с учетом особенностей типологии язв, а также технических приемов операции, могут позволить оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения. Все это послужило поводом для настоящего научного исследования.

ГЛАВА II

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

§2.1. Клиническая характеристика больных

Монографияная работа состоит из анализа результатов хирургического лечения 326 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 3-хирургической Клиники АндГосМИ и в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2019 по 2023 гг. Предметом нашего исследования, явились лишь пациенты с ЯГДК, поступившие в экстренном порядке. Распределение по возрасту было произведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2020 г). При этом, пациенты разделены на две группы:

- контрольная группа (234 больных-2019-2021гг), в возрасте до 60 лет (средний возраст составил - $35,3 \pm 0,5$), которые составили первую группу;
- исследуемая группа (92 больных-2022-2023гг), в пожилом возрасте (средний возраст составил- $67,2 \pm 0,5$), которые составили вторую группу.

Распределение больных контрольной и исследуемой групп по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК представлено в таблице № 2.1.

Таблица 2.1

Распределение больных по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК

Пол, возраст и частота	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
Средний возраст	35,3±0,5		67,2±0,5		←↑↑1,9%	
Мужчины	183	78,2	56	60,9	←↓↓↓↓3,3%	←↓1,3%
Женщины	51	21,8	36	39,1	←↓1,4%	←↑↑1,8%
ЯЖ	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑2,7%	←↑↑↑↑6,8%
ДЯ	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓↓3,9%	←↓↓1,5%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
 ↓↓ * - $p < 0,05$, ↑↑ * - $p < 0,05$, ↑↑↑ ** - $p < 0,01$, ↑↑↑↑ *** - $p < 0,001$, ↓↓↓↓ *** - $p < 0,001$

Как видно из таблицы 2.1., исследованием особенностей течения ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста (n=92), путем сравнительной оценки с лицами среднего возраста (n=234), нами установлено, путем сравнительной оценки с лицами среднего возраста (n=234), нами установлено, что в контрольной группе (средний возраст) соотношение мужчин к женщинам составило 3,6:1, тогда как в исследуемой группе (пожилые) составило 1,5:1.

В контрольной группе ЯГДК из ЯЖ по отношению к ДЯ соотношение составило 1:17, тогда как в исследуемой группе –1:1,6. Проведенный сравнительный анализ в контрольной группе показал, статистически достоверную высокую частоту заболеваемости мужчин по отношению к женщинам - в 3,3% (p<0,001). В группах между женщинами в пожилом возрасте частота заболеваемости было на 1,8% больше (p<0,05). Обследование показало, что частота возникновения язв желудка у пациентов пожилого возраста по сравнению с контрольной группой имеет 2,7-кратное увеличение частоты (p<0,001) частоты, в то время как при ДЯ, наоборот, снизились на 2,7% (p<0,001).

Распределение больных в зависимости от локализации язв представлено в таблице 2.2.

Как видно из таблицы 2.2, по сравнению с контрольной группой (средний возраст), в пожилом возрасте существенно увеличивается частота язвенных кровотечений из желудочной локализации язв (средний возраст-5,6% и пожилые - 38,0%), а из ДЯ, наоборот, уменьшается (средний возраст – 94,4% и пожилые – 62,0%), которые обусловлены частым приемом лекарственных средств.

Данное положение учитывалось при определении хирургической тактики в основной группе больных.

Таблица 2.2

Распределение больных ЯГДК в зависимости от локализации и диаметра язв

Локализация язвы	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольн ая (n=234)		исследуем ая (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
Язвы желудка						
желудка и субкардиальной части	2	0,9	3	3,3	←↑↑1,5%	←↑↑↑↑3,7%
желудка и малой кривизны	3	1,3	14	15,2	←↑↑↑↑4,7%	←↑↑↑↑11,7%
препилорической части желудка	8	3,4	18	19,6	←↑↑2,3%	←↑↑↑↑5,8%
Всего	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑↑2,7%	←↑↑↑↑6,8%
Язвы двенадцатиперстной кишки						
передней стенки	50	21,4	11	12,0	←↓↓↓↓4,5%	←↓↓1,8%
задней стенки	69	29,5	15	16,3	←↓↓↓↓4,6%	←↓↓1,8%
боковой стенок	62	26,5	13	14,1	←↓↓↓↓4,8%	←↓↓1,9%
«зеркальные»	18	7,7	8	8,7	←↓↓2,3%	←↑1,3%
постбульбарные	22	9,4	10	10,9	←↓↓2,2%	←↑1,2%
Всего	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓3,9%	←↓↓1,5%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение. ↓↓ * - p < 0,05, ↑↑ * - p < 0,05, ↑↑↑ ** - p < 0,01, ↑↑↑↑ *** - p < 0,001, ↓↓↓↓ *** - p < 0,001

При статистическом анализе по локализации язв желудка в исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной группой (средний возраст) язвы субкардиальной области было на 3,7% чаще (p < 0,001), по локализации язвы в желудке и малой кривизне - на 11,7% (p < 0,001), локализации язвы в препилорической части - на 5,8% (p < 0,001). Что касается локализации язвы желудка в целом, то в исследуемой группе было диагностировано на 6,8% больше (p < 0,001) по сравнению с контрольной группой.

При статистическом анализе по локализации язв в ДПК в исследуемой группе по сравнению с контрольной, локализации язв передней стенки ДПК отмечено на 1,8% реже (p < 0,05), язвы задней стенки - реже на 1,8% (p < 0,05), язвы боковой стенки - реже на 1,9 % (p < 0,05), «зеркальные» язвы – реже на 1,3%

($p < 0,05$), постбульбарные – реже на 1,2% ($p < 0,05$). По сравнению с контрольной группой в целом по локализации язвы ДПК, в исследуемой группе наблюдалось достоверное реже - на 1,5% ($p < 0,05$).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте исследована длительность язвенного анамнеза и наличие эпизодов кровотечения в анамнезе, что представлено в таблице 2.3.

Сравнительный анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в контрольной группе (средний возраст) «немое» течение установлено лишь у 34 (14,5%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 137 (58,5%), тогда как в основной группе (пожилые) «немое» течение установлено в 34 (36,9%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 38 (41,3%).

Таблица 2.3

Течение ЯГДК в контрольной и исследуемой группах

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
длительность язвенного анамнеза						
«немое» течение	34	14,5	34	36,9	↔	←↑↑↑2,6%
до 1 года	19	8,1	16	17,4	←↓1,2%	←↑↑2,1%
1-5 лет	118	50,4	22	23,9	←↓↓↓↓5,4%	←↓↓2,1%
6-10 лет	36	15,4	11	12,0	←↓↓↓↓3,3%	←↓1,3%
10 лет <	27	11,5	9	9,8	←↓↓↓↓3%	←↓1,2%
кровотечение в анамнезе						
не было	157	67,1	53	57,6	←↓↓↓↓3%	←↓1,2%
1-2 раза	61	26,1	35	38,0	←↓↓1,7%	←↑↑1,5%
3 и <	16	6,8	4	4,3	←↓↓↓↓4%	←↑↑1,6%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
 ↓↓ * - $p < 0,05$, ↑↑ * - $p < 0,05$, ↑↑↑ ** - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ *** - $p < 0,001$

В контрольной группе (средний возраст) длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 38 (16,2%) больных, 6-12 часов – у 50 (21,4%), 12-24 часов – у 57 (24,4%) и более 24 часов - у 89 (38,0%) больных. Полученные данные свидетельствуют, что в среднем возрасте, у больных компенсаторные возможности организма позволяют

находится в относительно благоприятном состоянии, о чем свидетельствовали позднее поступление в стационар.

При статистическом анализе установлено, что в исследуемой группе по сравнению с контрольной «немые» язвы отмечены на 2,6% ($p<0,01$), до 1 года на 2,1% ($p<0,05$), до 1-5 лет на 2,1% ($p<0,05$), до 6-10 лет на 1,3% и более 10 лет на 1,2% отмечается значительно реже. В контрольной группе кровотечение в анамнезе не отмечено у 67,1% пациентов, тогда как в исследуемой - у 57,6%, т.е. отмечена реже в исследуемой группе на 1,2%, в исследуемой группе кровотечение в анамнезе 1-2 раза было чаще на 1,5% ($p<0,05$), в то время как кровотечение в анамнезе 3 и более раза в исследуемой группе отмечено реже на 1,6% ($p<0,05$).

В сравнительном аспекте исследована длительность кровотечения и наличие признаков геморрагического шока, что представлено в таблице 2.4.

Таблица 2.4

Течение ЯГДК в контрольной и исследуемой группах

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	Абс	%
длительность кровотечения						
до 6 ч	38	16,2	21	22,8	←↓↓1,8%	←↑1,4%
6-12 ч	50	21,4	38	41,3	←↓1,3%	←↑↑1,9%
12-24 ч	57	24,4	19	20,7	←↓↓↓↓3%	←↓1,2%
24 ч <	89	38,0	14	15,2	←↓↓↓↓↓6,4%	←↓↓↓2,5%
признаки геморрагического шока						
да	41	17,5	51	55,4	←↑1,2%	←↑↑↑↑3,2%
Нет	193	82,5	41	44,6	←↓↓↓↓↓4,7%	←↓↓1,8%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
 ↓↓* - $p<0,05$, ↑↑* - $p<0,05$, ↓↓↓** - $p<0,01$, ↑↑↑*** - $p<0,001$, ↓↓↓↓*** - $p<0,001$

Локализация язвы	Г Р У П П Ы	
	контрольная (n=234)	
	абс	%
Язвы желудка		
желудка и субкардиальной части	2	0,9
желудка и малой кривизны	3	1,3
препилорической части желудка	8	3,4
Всего	13	5,6

Язвы двенадцатиперстной кишки		
передней стенки	50	21,4
задней стенки	69	29,5
боковой стенок	62	26,5
«зеркальные»	18	7,7
постбульбарные	22	9,4
Всего	221	94,4

Как видно из таблицы 2.4, больные с ЯГДК в пожилом возрасте в 59 (66,1%) случаев поступали в стационар в первые 12 часов от начала кровотечения, что является одним из косвенных признаков более высокой чувствительности к кровопотере. В контрольной группе (средний возраст) признаки геморрагического шока отмечены в 41 (17,5%) случае с ЯГДК, тогда как в группе больных пожилого возраста – в 51 (55,4%) случаев.

Длительность язвенного кровотечения до 6 часов наблюдалось в исследуемой группе отмечено на 1,4% чаще, в течении 6-12 часов - на 1,9% ($p < 0,05$), в течении 12-24 часов - на 1,2% и в течение 24 часов - на 2,5% чаще ($p < 0,01$). В исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной (средний возраст) признаки геморрагического шока отмечены чаще на 3,2% ($p < 0,001$), а без признаков геморрагического шока, наоборот, реже на 1,8% ($p < 0,05$).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте также исследована степень тяжести кровопотери, что представлено в таблице 2.5.

Таблица 2.5

Распределение больных ЯГДК по степени тяжести кровопотери

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
Степень тяжести кровопотери						
легкая	42	17,9	8	8,7	←↓↓↓↓5,3%	←↓↓2%
средняя	141	60,3	45	48,9	←↓↓↓↓3,1%	←↓1,2%
тяжелая	28	12,0	23	25,0	←↓1,2%	←↑↑2,1%

крайне тяжелая	23	9,8	15	16,3	←↓↓↓1,5%	←↑↑1,7%
----------------	----	-----	----	------	----------	---------

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
 ↓↓ * - p < 0,05, ↑↑ * - p < 0,05, ↓↓↓↓ *** - p < 0,001.

Как видно из таблицы 2.5, в контрольной группе (средний возраст) основной контингент составили пациенты с легкой и средней степени тяжести кровопотери (78,2%), тогда как в пожилом – в 54 (58,7%), а тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери в среднем возрасте отмечены в 28 (12,0%) и 23 (9,8%) случаев, соответственно, тогда как у пожилых - диагностируются почти в 2 раза чаще – 23 (25,5%) и 15 (16,3%), соответственно.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной при легкой степени кровотечения отмечено достоверное снижение частота на 2% (p < 0,05) и 1,2% при средней степени тяжести, но надежное увеличение на 2,1% (p < 0,05) при тяжелой степени и на 1,7% (p < 0,05) при крайне тяжелой степени.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте также исследованы диаметр язв, а также края и дно язв, что представлено в таблице 2.6.

Таблица № 2.6

Течение ЯГДК в контрольной и исследуемой группах

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
диаметр язв						
до 5 мм	27	11,5	11	12,0	←↓↓↓2,5%	←↑1%
6-10 мм	53	22,6	19	20,7	←↓↓↓2,8%	←↓1,1%
11-20 мм	123	52,6	36	39,1	←↓↓↓↓3,4%	←↓1,3%
21-30 мм	14	6,0	14	15,2	↔	←↑↑↑2,5%
31 мм и <	17	7,3	12	13,0	←↓1,4%	←↑↑1,8%
края и дно язв						
мягкие	18	7,7	39	42,4	←↑↑2,2%	←↑↑↑↑5,5%
плотные («калезные»)	216	92,3	53	57,6	←↓↓↓↓4,1%	←↓↓1,6%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
 ↓↓ * - p < 0,05, ↑↑ * - p < 0,05, ↓↓↓ ** - p < 0,01, ↑↑↑ ** - p < 0,01, ↑↑↑↑ *** - p < 0,001, ↓↓↓↓ *** - p < 0,001.

Как видно из таблицы 2.6., дальнейший сравнительный анализ показал, что в контрольной группе (средний возраст) наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 203 (86,8%), большие и гигантские язвы при ЯГДК у больных среднего возраста, в целом, диагностировано в 31 (13,3%) случае, тогда как в пожилом возрасте – в 26 (28,2%) случаев, что более чем в 2 раза превышал аналогичный показатель по сравнению с контрольной группой.

Также в контрольной группе (средний возраст) в 216 (92,3%) случаев установлены язвы с мягкими краями и лишь в 18 (7,7%) случаев – с плотными краями, тогда как в группе больных пожилого возраста в 53 (57,6%) случаев установлены язвы с плотными краями и в 39 (42,4%) случаев - язвы с мягкими краями, что было вызвано приемом лекарственных средств. Это подтверждает, что в пожилом возрасте возникновение ЯГДК нередко обусловлено приемом лекарственных препаратов, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

В исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной (средний возраст) язвы диаметром до 5 мм отмечены чаще в исследуемой группе в 1%, при язвах 21-30 мм чаще в 2,5% ($p < 0,01$), при размере 31 мм и более – чаще в 1,8% ($p < 0,05$). По сравнению с контрольной группой при размере язв 6-10 мм в исследуемой группе отмечено 1,1% реже и при язвах 11-20 мм в диаметре - реже в 1,3%.

Установлено, что в исследуемой группе (пожилые) с мягкими краями и дном по сравнению с контрольной группой (средний возраст) отмечены на 5,5% чаще ($p < 0,001$), в то время как язвы с плотными краями и дном – реже на 1,6% ($p < 0,05$).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте также исследованы эндоскопическая картина согласно классификации Forrest, что представлено в таблице 2.7.

Как видно из таблицы 2.7, при распределении больных, согласно эндоскопической классификации Forrest [1974], продолжающееся

кровотечение (F-I) выявлено у 51 (21,7%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 38 (41,3%) в основной группе (у пожилых).

Таблица 2.7

Распределение по эндоскопической классификации

Градации по Forrest	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
F I a	23	9,8	15	16,3	←↓↓↓1,5%	←↑↑1,7%
F I b	16	6,8	14	15,2	←↓1,1%	←↑↑2,2%
F I c	12	5,1	9	9,8	←↓1,3%	←↑↑1,9%
F II a	77	32,9	28	30,4	←↓↓↓2,8%	←↓1,1%
F II b	43	18,4	10	10,9	←↓↓↓↓4,3%	←↓↓1,7%
F II c	21	9,0	7	7,6	←↓↓↓↓3%	←↓1,2%
F III	42	17,9	9	9,8	←↓↓↓↓4,7%	←↓↓1,8%
Всего	234	100	92	100	—	—

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.

↓↓ * - $p < 0,05$, ↑↑ * - $p < 0,05$, ↓↓↓ ** - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ *** - $p < 0,001$

У 141 (60,2%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 45 (48,9%) исследуемой группы (пожилые) установили субстрат кровотечения с признаками неустойчивого гемостаза (F-II). У 42 (18,0%) и 9 (9,8%) пациентов кровотечение было анамнестическим (F-III), и соответственно им эндоскопический гемостаз не производился.

Всего выявлено 188 сопутствующих терапевтических заболеваний. Из 188 больных с ЯГДК 124 (53,0%) больных контрольной группы (средний возраст) и 64 (69,6%) больных исследуемой группы (пожилые) поступили в приёмное отделение центра с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение, из них 57 (24,3%) больных контрольной группы и 32 (34,8%) из основной группы, с этим же диагнозом и наличием у них целого ряда тяжёлых сопутствующих заболеваний, главным образом, сердечно-сосудистой системы.

При эндоскопическом исследовании было отмечено достоверное увеличение в исследуемой группе на 1,7% ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой

по F-Ia, на 2,2% (p<0,05) по F-Ib и на 1,9% (p<0,05) по F-Ic. В исследуемой группе кровотечение по F-IIA по сравнению с контрольной отмечено на 1,1% реже в группе по F-IIВ на 1,7% (p<0,05), по F-IIС на 1,2% и по F-III на 1,8% (p<0,05).

У всех больных имелось сочетание нескольких (от 2 до 5) заболеваний (табл. 2.8).

Таблица 2.8

Сопутствующие заболевания при ЯГДК

Сопутствующая терапевтическая патология	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)		абс	%
	абс	%	абс	%		
Ишемическая болезнь сердца	34	14,5	17	18,5	←↓↓↓2%	←↑1,3%
Гипертоническая болезнь	21	9,0	14	15,2	←↓↓↓1,5%	←↑↑1,7%
Стенокардия	16	6,8	10	10,9	←↓↓↓1,6%	←↑↑1,6%
Постинфарктный коронарокардиосклероз	10	4,3	6	6,5	←↓↓↓1,7%	←↑↑1,5%
Сахарный диабет	13	5,6	5	5,4	←↓↓↓↓2,6%	←↓1%
ХОБЛ	12	5,1	5	5,4	←↓↓↓2,4%	←↓1%
Энцефалопатия после ОНМК	8	3,4	4	4,3	←↓↓↓2%	←↑1,3%
Цирроз печени	6	2,6	2	2,2	←↓↓↓↓↓3%	←↓1,2%
ХПН	4	1,7	1	1,1	←↓↓↓↓↓4%	←↓↓↓1,5%
Всего	124	53,0	64	69,6	←↓↓↓1,9%	←↑1,3%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.

↓↓ * - p < 0,05, ↑↑ * - p < 0,05, ↓↓↓ ** - p < 0,01, ↓↓↓↓ *** - p < 0,001.

Наиболее часто в сравниваемых группах отмечались заболевания органов сердечно-сосудистой системы 81 (34,6%) и 47 (51,1%), соответственно. Сравнительный 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.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной частота ИБС отмечено чаще на 1,3%, по ГБ - на 1,7% ($p < 0,05$), стенокардия на 1,6% ($p < 0,05$), по недавнему коронарокардиосклерозу от инфаркта - на 1,5% ($p < 0,05$), по недавней энцефалопатии от ОНМК - на 1,3% чаще. В исследуемой группе по сравнению с контрольной группой по СД, количество пациентов было реже на 1%, по ХОБЛ - на 1,2%, по циррозу печени - на 1,5%, по ХПН - на 1,5% ($p < 0,05$) реже. Терапевтические сопутствующие заболевания - на 1,3% чаще.

На выбор проводимой тактики при рецидиве ЯГДК влияли также сопутствующая хирургическая патология (табл. 2.9).

Таблица 2.9

Сопутствующие хирургические заболевания при рецидивных ЯГДК

Сочетанная хирургическая патология	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		основная (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
Калькулезный холецистит	6	2,6	5	5,4	←↓1,2%	←↑↑2,1%
Бескаменный холецистит	3	1,3	2	2,2	←↓↓1,5%	←↑↑1,7%
Эхинококкоз печени	8	3,4	4	4,3	←↓2%	←↑1,3%
Грыжи живота	5	2,1	3	3,3	←↓1,7%	←↑↑1,6%
Всего	22	9,4	14	15,2	←↓1,6%	←↑1,6%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
↓↓ * - $p < 0,05$, ↑↑ * - $p < 0,05$.

Как видно, в контрольной группе (234 больных) сочетанная хирургическая патология отмечена в 22 (9,4%) случаев. В исследуемой группе (92 больных) сочетанная хирургическая патология диагностирована в 14 (15,2%) случаев. Хирургическая тактика в исследуемой группе проводилась с учетом установленных типологических особенностей ЯГДК, а также характера

сочетанной хирургической патологии, что явилось предметом обсуждения в следующей главе нашей работы.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной среди сочетанной хирургической патологии по калькулезному холециститу отмечено на 2,1% чаще ($p < 0,05$), по без каменному холециститу - на 1,7% ($p < 0,05$), по печеночному эхинококкозу - на 1,3% и по абдоминальной грыже - на 1,6% ($p < 0,05$).

Тщательное исследование историй болезни и опрос лечащих врачей позволили выявить характер первичных вмешательств (таб. 2.10).

Таблица 2.10

Характер первичных методик гемостаза и вмешательств

Методы лечения ЯГДК	Г Р У П П Ы				t-	
	контроль (n=234)		исследуемая (n=92)		t-	
	абс	%	абс	%	абс	%
Консервативный метод гемостаза	63	26,9	26	28,3	←↓↓2,2%	←↑1,1%
Инъекционный эндоскопический гемостаз	31	13,2	18	19,6	←↓1,4%	←↑↑1,8%
Электрокоагуляцию эндоскопически	49	20,9	16	17,4	←↓↓↓2,6%	←↓1%
Клипирование кровоточащих сосудов	15	6,4	7	7,6	←↓↓2,1%	←↑1,2%
Ушивание кровоточащей язвы	28	12,0	8	8,7	←↓↓↓↓19,3%	←↓↓↓↓7,5%
Иссечение кровоточащей язвы	36	15,4	9	9,8	←↓↓1,8%	←↑1,4%
Резекция желудка	12	5,1	8	8,7	←↓↓1,7%	←↑↑1,5%
Всего	234	100	92	100	—	—

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение. ↓↓ * - $p < 0,05$, ↑↑ * - $p < 0,05$, ↓↓↓ ** - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ *** - $p < 0,001$.

Как видно, консервативный метод гемостаза применен в контрольной группе (средний возраст) у 63 (26,9%) и в исследуемой (пожилые) у 26 (28,3%) больных. Инъекционный эндоскопический гемостаз (ЭГ) и эндоскопическую электрокоагуляцию в контрольной группе применили у 80 (34,1%) больных, тогда как в исследуемой (пожилые) у 34 (34,0%) больных. При этом в контрольной группе (средний возраст) клипирование кровоточащих сосудов

проведено у 15 (6,4%), тогда как в исследуемой в 7 (7,6%). Следует отметить, что в контрольной группе (средний возраст) в 28 (12,0%) случаев выполнено ушивание кровоточащей язвы, а в исследуемой (пожилые) лишь в 8 (8,7%) случаев. Иссечение язвы в 36 (15,4%) и 9 (9,8%), соответственно и РЖ в 12 (5,1%) и в 8 (8,7%) случаев, соответственно.

Клиника ЯГДК, чаще всего (55,8%) характеризовалась дальнейшим прогрессированием осложнений.

В исследуемой группе по отношению к контрольной, получавшие гемостаз консервативным методом в целом, было реже на 1,1%, при гемостазе эндоскопическим методом - на 1,8% ($p < 0,05$), при эндоскопическом клипировании - на 1,2%, операции иссечения кровоточащих язв - на 1,4 раза, резекции желудка - на 1,5% ($p < 0,05$).

2.2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование больных ЯГДК проводилось согласно стандартам, утвержденные МЗ РУз.

2.2.1. Лабораторные исследования

Комплексное исследование, включало:

- 1) исследование свертывающей и антисвертывающей системы крови;
- 2) фиброэндоскопическое исследование;
- 3) исследование МЭФЖ методами рентгеноскопии;

2.2.2. Определение степени тяжести кровопотери. У больных с ЯГДК важное значение имеет оценка исходного состояния организма больного и степени тяжести кровопотери, которая проводилась по Н.Н. Велигоцкому (1985), что представлено в таблице 2.11.

Таблица № 2.11

Оценка тяжести состояния больных по степени кровотечения

Симптомы	Степень тяжести		
	легкая (I)	Средняя (II)	тяжелая (III)
рвота	однократная	несколько раз	обескровливание
головокружение	нет	периодически	выраженное
потеря сознания	нет	бывает	бывает
одышка	нет	умеренная	рыбье дыхание
цвет кожи и слизистых	слегка бледные	бледные	бледные, холод. пот
эритроциты	$3,5 \times 10^{12}/л$	$2,5 \times 10^{12} /л$	$1,5 \times 10^{12}/л$
гемоглобин (г/л)	100	90-80	меньше 80
гематокрит (%)	40-35	35-25	ниже 25
пульс в мин.	до 100	до 130	свыше 130
АД (мм.рт.ст.)	100/60	до 80/50	ниже 80/50
ОЦК (дефицит,%)	до 10-20	до 30	свыше 30
кровопотеря (мл)	до 1000	до 1500	свыше 1500

Как известно, у больных с ЯГДК значимый клинический дефицит ОЦК развивается постепенно, включаются, механизмы перераспределения внеклеточной жидкости из интерстициального во внутрисосудистый сектор и снижение ОЦК происходит на фоне гемодилюции.

2.2.3. Исследование свертывающей и антисвертывающей системы крови.

Для характеристики свертывающей активности крови были использованы следующие показатели: время свертывания крови, толерантность плазмы к гепарину, время рекальцификации плазмы, фибриноген, тромботест, протромбин, проакцелерин (V фактор), проконвертин (VII фактор), ретракция сгустка, тромбоциты, кальций в сыворотке крови, время кровотечения.

Исследование состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, нами проведено у здоровых людей. К ним отнесены здоровые люди-добровольцы - студенты, клинические ординаторы, а также лица с паховыми грыжами малых размеров. Общее количество составило 40 человек в возрасте 19 - 32 лет (24 мужчин и 16 женщин). К тому же уточнялось отсутствие лечения некоторыми лекарствами (антибиотики, аспирин, цитостатики), так как они способны увеличить или наоборот снизить скорость свертывания крови.

Анализы крови брали за 1-2 часа до сдачи крови рекомендовали воздержаться от курения и употребления жидкостей (чай, кофе, соки) и исключали физические нагрузки. За 15 минут до сдачи крови рекомендовали отдохнуть и успокоиться. Исследовалась венозная кровь больных до операции, во время операции, на 2 - 3,5 - 7,9 - 14 день после операции. У больных, получавших антикоагулянты, исследование проводилось через каждые 2 - 3 дня, а в отдельных случаях через день. Кровь для исследования брали утром натощак, между 9 - 10 часами иглой без шприца, в количестве 20 мл в градуированные пробирки.

В первую пробирку, содержащую 0,5 мл раствора оксалата натрия, прибавлялось 4,5 мл крови; во вторую, содержащую 0,5 мл цитрата натрия, добавлялось 2 мл крови; в третью - 3 мл крови и немедленно погружали в нее стеклянную палочку с крючком в виде якоря на конце; в четвертую пробирку 1,5 мл крови (для определения гематокрита); в пятую, содержащую 25 МЕ гепарина в 1 мл, прибавлялось 5 мл крови; в шестую - 4 мл крови [Каминский Л.С., 1964.].

2.2.4. Методики определения компонентов системы гемостаза.

Определение: времени свертывания крови по Бюркеру, толерантности плазмы к гепарину по Поллеру в модификации В.П. Балуды, времени рекальцификации плазмы по Беркергоф и Рока в модификации В.П. Балуды, гепаринового времени по Н.З. Абросимову, фибриногена в плазме по Р.А. Рутберг, протромбинового индекса по Квику-Туголукову, концентрации проакцелерина по Деви и Вейр, концентрации проконвертина по Оврену и Аас, ретракции сгустка по М.А. Котовщиковой и Б.И. Кузнику, время кровотечения по Дюке, гепаринового числа по Пиптеа, фибринолитической активности крови по М.А. Котовщиковой и Б.И. Кузнику, кальций в сыворотке по Де-Ваарду, степени тромботеста по Нита в модификации М.А. Котовщиковой, количество тромбоцитов по Фолио (Братусь В.Д., 1972).
Определение компонентов системы гемостаза представлено в таблице 2.12.

Как видно из таблицы 2.12, время свертывания крови у здоровых лиц колеблется в пределах 309-419 сек, в среднем равно 362, $m \pm 9$, $\sigma \pm 39,6$ сек. Толерантность плазмы к гепарину колеблется в пределах 480-840 сек, в среднем составила 638, $m \pm 30$, $\sigma \pm 134$ сек. Время рекальцификации плазмы у здоровых колебалось от 90 до 127 сек, в среднем – 105, $m \pm 2,5$, $\sigma \pm 11,2$ сек. Гепариновое время – 45-75 сек (в среднем 59 $m \pm 2$, $\sigma \pm 8,7$ сек). Содержание фибриногена в крови колебалось в пределах 200-300 мг%, в среднем – 261, $m \pm 7,1$, $\sigma \pm 31,5$ мг%. ПТИ колебался в пределах 75-105,8% (в среднем 90, $m \pm 2,3$, $\sigma \pm 10,4\%$). Проакцелерин (V фактор) – в пределах 90-107,8% (в среднем 102,3, $m \pm 1,3$, $\sigma \pm 5,9\%$). Проконвертин (VII фактор) – в пределах 60-90%, в среднем 76, $m \pm 2,3$, $\sigma \pm 10,3\%$. Ретракция сгустка - 31,1- 44,2% (в среднем 38,9, $m \pm 0,75$, $\sigma \pm 3,4\%$).

Таблица 2.12

Показатели системы свертывания крови здоровых людей

Название тестов	Контроль (n=30)
-----------------	-----------------

	М (n=19)	М± (n=11)	Σ
время свертывания (в сек.)	362	9	39,6
толерантность плазмы к гепарину (в сек.)	638	30	134
время рекальцификации (в сек.)	105	2,5	11,2
гепариновое время (в сек.)	59	2	8,7
фибриноген (в мг%)	261	7,1	31,5
протромбин (в%)	90	2,3	10,4
Проакцелерин (в%)	102,3	1,3	5,9
Проконвертин (в%)	76	2,3	10,3
ретракция сгустка (в%)	38,9	0,75	3,4
время кровотечения (в сек.)	112	7,4	33,3
свободный гепарин (в ед./мл)	6,6	0,26	1,13
фибринолитическая активность (в%)	14,1	0,6	2,3
кальций (в мг%)	10,4	0,18	0,81
тромботест (степень)	4-6.	-	-
тромбоциты (в тыс.).	203,8	3,15	14,28

Время кровотечения у здоровых людей колебалось в пределах 71-170 сек, в среднем – 112, $m \pm 7,4$, $\sigma \pm 33,3$ сек. Свободный гепарин крови – 5-7,6 ед./мл. (в среднем – 6,6, $m \pm 0,26$, $\sigma \pm 1,13$ ед./мл). Фибринолитическая активность крови колебалась в пределах 9,1-19% (в среднем 14,1, $m \pm 0,6$, $\sigma \pm 2,3\%$). Содержание кальция в сыворотке крови от 9 до 11,4 мг % (в среднем 10,4, $m \pm 0,18$, $\sigma \pm 0,81$ мг %). Количество тромбоцитов – от 160.000 до 252.000 (в среднем 203,800, $m \pm 3,150$, $\sigma \pm 14,280$). Тромботест колебался между 4-6.

Таким образом, изучение коагуляционной и антикоагуляционной системы у здоровых людей позволило установить физиологические нормы показателей гемопозза и пределы их колебаний, которые приняты в основу для сравнения с патологическими отклонениями этих показателей.

2.2.5. Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом исследования, позволяющим диагностировать язву и сочетанные поражения пищевода, желудка и ДПК, которую мы проводили по общепринятой методике с помощью эндоскопов фирм «Olympus G.F.» и «Asti». При этом мы получали информацию о локализации язвы, ее диаметре,

характере осложнений, состоянии области гастродуоденального перехода, а также состоянии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

2.2.6. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта – это наиболее простой и доступный метод диагностики, а также изучения динамики изменения язвенного процесса ДПК и течения послеоперационного периода. Рентгенологический метод позволяет определить локализацию язвы ДПК. При этом, различают поверхностную, нормальную, глубокую, сегментную перистальтику. При прохождении перистальтической волны можно выявить зоны ригидности.

Глубокая и сегментирующая перистальтика может свидетельствовать либо о повышенной сократительной способности желудка функционального характера, либо о наличии препятствия в пилородуоденальной зоне; эвакуаторная функцию желудка характеризуется пропульсивной способностью препилорического отдела. Она может быть нормальной, сниженной, повышенной (снижение и повышение свидетельствует либо о функциональных, либо об органических «поломках»); время опорожнения желудка.

Оценивая рентгенологический и эндоскопический методы исследования наших больных, мы хотим подчеркнуть, что ни в коем случае не противопоставляем эндоскопический метод рентгенологическому и наоборот. Это не конкурирующие, а дополняющие друг друга методы.

Эндоскопический метод более точно устанавливает характер, размеры и локализацию язвенного процесса, в том числе и при рецидивах, в то время как рентгенологический метод является более ценным при изучении двигательной и эвакуаторной функции желудка.

Для объективной оценки тяжести состояния больных ЯГДК, использовали интегральную упрощенную шкалу SAPS (табл. 2.13).

Таблица 2.13

Распределение в зависимости от тяжести состояния по шкале SAPS

Баллы по шкале	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
5-8.	42	17,9	9	9,8	←↓↓↓↓4,7%	←↓↓1,8%
9-12.	77	32,9	17	18,5	←↓↓↓↓4,5%	←↓↓1,8%
13-16	64	27,4	28	30,4	←↓2,3%	←↑1,1%
17-20	28	12,0	23	25,0	←↓1,2%	←↑↑2,1%
21<	23	9,8	15	16,3	←↓1,5%	←↑↑1,7%
Всего	234	100	92	100	–	–

Из таблицы 2.13 видно, при тяжести состояния больного более 21 балла летальность, достигает по нашим данным 69,6% (16 из 23) и 66,6% (10 из 15). В контрольной группе по отношению к исследуемой по шкале SAPS – с оценкой 5-8 баллов и 9-12 баллов - достоверно снизилась на 1,8% ($p<0,05$). При 13-16 баллов отмечено достоверное увеличение в контрольной группе на 1,1% и при оценке 17-20 баллов - до 2,1% ($p<0,05$) и с оценкой 21 баллов и выше до 2,1% ($p<0,05$).

2.2.7. Статистическая обработка. При анализе данных применяли значимость различий, определяя по t-критерию Стьюдента, а также методы вариационной и описательной статистики, корреляционный анализ. Для обработки полученных результатов пользовались пакетами прикладных программ для IBM PS/AT “Statistica for Windows” и модулем анализа данных “Microsoft Excel 2016”.

Резюме. Таким образом, у пожилых имеются некоторые типологические особенности течения ЯГДК, в частности: существенно увеличивается частота

кровотечений из язв желудка – с 5,6 до 38,0%, из ДЯ, наоборот уменьшается – с 94,4 до 62,0%, «немое» течение учащается – с 14,5 до 37,0%; обращение за госпитализацией в первые 12 часов от начала кровотечения – с 37,6 до 64,1%, явления геморрагического шока – с 17,5 до 55,4%, частота больших и гигантских язв – с 13,3 до 28,2%, язвы с плотными краями и дном – с 7,7 до 57,6%, продолжающееся кровотечение по F-1 – с 21,7 до 41,3%, сопутствующая терапевтическая патология – с 24,3 до 34,8% и сочетанная хирургическая патология – с 9,4 до 15,2%.

ГЛАВА – III

ОСОБЕННОСТИ ТИПОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОЖИЛЫХ В ГРУППЕ СРАВНЕНИЯ

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.

3.1. Характер и анализ типологических особенностей ЯГДК в группе сравнения

Распределение больных в группе сравнения по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК представлено в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Распределение больных по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК

Пол, возраст и частота ЯБЖ и ДПК	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	24	47,1	8	15,7	32	62,7
Женщины	9	17,6	10	19,6	19	37,3
ЯЖ	6	11,8	12	23,5	18	35,3
ДЯ	28	54,9	5	9,8	33	64,7

Как видно из таблицы №3.1., исследованием особенностей течения 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 (11,8%).

Следует отметить, что рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старых» язвах диагностированы лишь в 6 (11,7%) случаев, а 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%).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в группе сравнения исследована длительность язвенного анамнеза и наличие эпизодов кровотечения в анамнезе, что представлено в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Течение рецидивного ЯГДК в группе сравнения

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
язвенный анамнез						
«немое» течение	4	7,8	14	27,5	18	35,3
до 1 года	4	7,8	6	11,8	10	19,6
1-5 лет	12	23,5	1	2,0	13	25,5
6 -10 лет	6	11,8	0	0	6	11,8
10 лет <	4	7,8	0	0	4	7,8
кровотечение в анамнезе						
не было	11	21,6	21	41,2	32	62,7
1-2 раза	14	27,5	3	5,9	17	33,3
3 и <	2	3,9	0	0	2	3,9

Анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал (табл. 3.2), 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 «немого» 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 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 раз – у 2 (3,9%) больных.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в группе сравнения исследована длительность кровотечения и наличие признаков геморрагического шока, что представлено в таблице 3.3.

Таблица 3.3

Течение ЯГДК в группе сравнения

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
длительность кровотечения:						
до 6 ч	6	11,8	5	9,8	11	21,6
6-12 ч	12	23,5	9	17,6	21	41,2
12-24 ч	6	11,8	4	7,8	10	19,6
24 ч <	7	13,7	2	3,9	9	17,6
признаки геморрагического шока						
да	18	35,3	12	23,5	30	58,8
нет	12	23,5	9	17,6	21	41,2

Как видно из таблицы 3.3, 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 «старческими» 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.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в группе сравнения также исследована степень тяжести кровопотери, что представлено в таблице 3.4.

Таблица 3.4

Распределение больных рецидивными ЯГДК по степени кровопотери

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Степень тяжести кровопотери						
легкая	3	5,9	2	3,9	5	9,8
средняя	15	29,4	12	23,5	27	52,9
тяжелая	8	15,7	4	7,8	12	23,5
крайне тяжелая	5	9,8	2	3,9	7	13,7

Как видно из таблицы 3.4, 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.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в группе сравнения также исследованы диаметр язв, а также края и дно язв, что представлено в таблице 3.5.

Таблица 3.5

Течение ЯГДК в группе сравнения

Некоторые типологически е особенности ЯГДК	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
диаметр язв						
до 5 мм	3	5,9	3	5,9	6	11,8
6-10 мм	4	7,8	7	13,7	11	21,6
11-20 мм	14	27,5	5	9,8	19	37,3
21-30 мм	5	9,8	4	7,8	9	17,6
31 мм и <	9	17,6	2	3,9	11	21,6
края и дно язв						
мягкие	6	11,8	17	33,3	23	45,1
плотные («каллезные»)	24	47,1	4	7,8	28	54,9

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%).

Как видно из таблицы 3.5., в 28 (54,9%) случаев установлены язвы с плотными («каллезными») 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 с сопутствующими заболеваниями, главным образом, сердечно-сосудистой системы.

Характер сопутствующих заболеваний у больных с рецидивным ЯГДК представлено в таблице 3.6

Таблица 3.6

Сопутствующие заболевания у больных с ЯГДК

Сопутствующая терапевтическая патология	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	Абс	%
ИБС	5	9,8	2	3,9	7	13,7
Гипертоническая болезнь	3	5,9	1	2,0	4	7,8
Стенокардия	2	3,9	1	2,0	3	5,9
Постинфарктный коронарокардиосклероз	2	3,9	-	0,0	2	3,9
Сахарный диабет	1	2,0	1	2,0	2	3,9
ХОБЛ	2	3,9	1	2,0	3	5,9
Энцефалопатия после ОНМК	1	2,0	2	3,9	3	5,9
Цирроз печени	-	-	1	2,0	1	2,0
ХПН	-	-	1	2,0	1	2,0
Всего	16	31,4	10	19,6	26	51,0

У всех больных имелось сочетание нескольких (от 2 до 5) заболеваний.

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.

На выбор проводимой тактики при рецидиве ЯГДК влияли также сопутствующая хирургическая патология выявленная (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Сопутствующие хирургические заболевания у больных с рецидивным ЯГДК

Сочетанная хирургическая патология	Г Р У П П А сравнения (n=51)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Калькулезный холецистит	1	2,0	1	2,0	2	3,9
Бескаменный холецистит	1	2,0	-	-	1	2,0
Эхинококкоз печени	1	2,0	1	2,0	2	3,9
Грыжи живота	1	2,0	1	2,0	2	3,9
Всего	4	7,8	3	5,9	7	13,7

Как видно, сочетанная хирургическая патология отмечена в 7 (13,7%) случаев. Хирургическая тактика проводилась с учетом установленных типологических особенностей ЯГДК, а также характера сочетанной хирургической патологии.

3.2. Характер и анализ хирургической тактики в группе сравнения

В группе сравнения (51 больной пожилого возраста) 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 в рамках активно-выжидательной тактики при в 16 (31,4%) случаев проведена традиционная гемостатическая и противоязвенная терапия, в 12 (23,5%) случаях выполнен эндоскопический гемостаз. Распределение группы сравнения в зависимости от срочности и метода операции представлено в таблице 3.8.

Таблица 3.8

Характер гемостаза и операций в группе сравнения

Характер гемостаза /операции	Общее количество	
	абс	%
Консервативный метод гемостаза	17	33,3
Эндоскопический гемостаз	19	37,3
Прошивание	7	13,7
Иссечение	3	5,9
РЖ по Б-I	3	5,9
РЖ по Б-II	2	3,9
Всего	51	100

Как видно из таблицы 3.8., в группе сравнения, придерживаясь активно-выжидательной тактики больным пожилого и старческого возраста консервативный метод гемостаза проведен 17 (33,3%) больным, ЭГ - 19 (37,3%) и оперативные вмешательства 15 (29,4%) больным. При безуспешности традиционных консервативных мероприятий, проведены паллиативные операции в виде прошивания кровоточащего сосуда на дне язвы в 7 (13,7%) и иссечения кровоточащих язв желудка и ДПК – в 3 (5,9%), а также радикальные операции, в виде РЖ в 5 (9,8%) случаев (РЖ по Б-I – 3; РЖ по Б-II – 2).

При анализе результатов лечения ЯГДК у больных группы сравнения, нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач является рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательного подхода решить эту проблему. Решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой лечения с учетом типологических особенностей язвы и свертывающей и противосвертывающей система крови, особенно у пожилых. Несомненно, выделяется группа пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, срочное хирургическое вмешательство у которых, тем не менее, будет неприемлемо в связи с крайне высоким риском оперативного вмешательства.

Резюме. Таким образом, придерживаясь активно-выжидательной тактики, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, консервативная терапия проведена – 33,3%, ЭГ – в 37,3% и оперативное лечение – в 29,4% случаев (преимущественно прошивание кровотокающего сосуда на дне язвы – 13,7%). Подводя краткий итог еще раз подчеркнем, что решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой с учетом типологических особенностей течения ЯГДК у пожилых, в т.ч. типов язв («старые» или «старческие»), свертывающей и противосвертывающей система крови, а также разработки модифицированного способа операции и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностированного алгоритма.

ГЛАВА IV

ОСОБЕННОСТИ ТИПОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОЖИЛЫХ В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ

4.1. Способ иссечения кровоточащей язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу (IAP 20240286 от 16.05.2024).

В повседневной практике применение органосохраняющих операций особенно оправдано в неотложной хирургии у лиц пожилого и старческого возраста, при осложненных формах язвенной болезни в сочетании с тяжелой сопутствующей соматической патологией в стадии субкомпенсации и декомпенсации. У таких пациентов важно, чтобы объем оперативного вмешательства не превысил физиологические возможности организма. Для лечения данной категории больных чаще применяют щадящие операции: иссечение язв, методики пластического закрытия дефекта слизистой биологическими тканями, различные варианты гастрорэнтероанастомозов, и другие.

Задача изобретения:

- разработать органосохраняющую технологию прецизионного иссечения кровоточащей язвы желудка, сопровождающуюся пенетрацией в поджелудочную железу, которая позволяет упростить технику операции и предупредить травму поджелудочной железы с развитием послеоперационного панкреонекроза;
- обеспечить надежный гемостаз;
- удалить края язвы (пораженные края слоев ткани желудка) до его дна, как источник возможного рецидивного кровотечения;
- сохранить все отделы желудка и его иннервацию;
- добиться оптимального пластического восстановления желудочной стенки и, следовательно, естественной формы и функции желудка.

Поставленная задача решена тем, что в проекции кровоточащей язвы желудка, сопровождающейся пенетрацией в поджелудочную железу,

вскрывают просвет желудка гастротомией длиной до 5 см. Прецизионно, двумя окаймляющими разрезами с учетом направления мышечных волокон, включающими слизисто-мышечный слой отсекают края кровоточащей язвы в пределах здоровых тканей до его дна. Дно язвы, которая проникает и находится в толще ткани поджелудочной железы оставляют интактной (так как именно стремление его удаления приводит к развитию панкреонекроза с летальным исходом), которую обрабатывают спиртом и электрокаутером.

Проводится установка и контроль назогастроудоденального зонда для санации желудка, и края дефекта желудка восстанавливаются узловыми однорядными швами на атравматической игле, чем достигается экстрагастрация дна язвы (дно язвы оказывается за пределами пищеварительной трубки, тем самым устраняется патологический субстрат т.е. дно язвы) и исключается травма поджелудочной железы с развитием послеоперационного панкреонекроза. Контроль гемостаза. Ушивается гастротомическое отверстие по общепринятой методике.

Форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что достигается применением прецизионной техники, а также выполнения иссечения краев язвы с учетом направления мышечных волокон (по направлению их) и использованием однорядных узловых швов на атравматической игле. Оптимальные условия для регенерации адаптированных тканей комбинированного желудочного шва обеспечиваются желудочно-кишечной декомпрессией и при необходимости промыванием слизистой желудка. Случаев несостоятельности швов мы не наблюдали.

За период с 2019-2023 гг данный способ применен у 7 больных с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением сопровождающиеся пенетрацией в окружающие органы (преимущественно в поджелудочную железу).

Клинический пример 1. Больной К., 65 лет, поступил в клинику АндГосМИ в 3-е хирургическое отделение с клиникой профузного ЯГДК.

Установлен клинический диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная продолжающимся кровотечением, геморрагический шок II ст и пенетрацией в поджелудочную железу.

Произведена гастротомия длиной 5 см. Гемостаз по ходу раны. Прецизионно, двумя окаймляющими разрезами с учетом направления мышечных волокон, включающими слизисто-мышечный слой, иссекают края язвы вместе с инфильтратом в пределах здоровых тканей до его дна. Дно язвы, которое проникает и находится в толще ткани поджелудочной железы, оставляют интактным и обрабатывают спиртом и электрокаутером. Проведена установка и контроль назогастроудоденального зонда для санации желудка, и края дефекта желудка восстановлены узловыми однорядными швами на атравматической игле, чем достигается экстрагастрация дна язвы (дно язвы оказывается за пределами пищеварительной трубки, тем самым устраняется патологический субстрат т.е. дно язвы) и исключается травма поджелудочной железы с развитием послеоперационного панкреатита. Контроль гемостаза. Брюшная полость ушита послойно наглухо.

Больной находится на диспансерном учете, регулярно проходит контрольное обследование.

Клинический пример 2. *Больная П., 67 лет, госпитализирован в клинику АндГосМИ в 3-е хирургическое отделение с клиникой ЯГДК. Считает себя больной около 2 месяцев. Около суток назад на фоне приема кардиологических препаратов появилась общая слабость, черный стул, повторившийся затем трижды.*

Установлен клинический диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением с пенетрацией в поджелудочную железу, хронический холецистит.

В срочном порядке проведена операция: верхнесрединная лапаротомия. В теле желудка, по задней стенке установлена кровоточащая язва диаметром 2,0х3,0 см с множественными тромбированными сосудами в дне, нестабильный гемостаз, дно глубокая. Произведена гастротомия длиной 5 см. Гемостаз по ходу раны. Края кровоточащей язвы иссечены прецизионно, двумя окаймляющими разрезами, включающими слизисто-мышечный слой, в пределах здоровых тканей до ее дна по направлению мышечных волокон, оставляя дно язвы, пенетрирующее в толщу ткани поджелудочной железы, интактным и обрабатывают спиртом и электрокаутером. Проведена установка и контроль назогастроудоденального зонда, края дефекта желудка восстановлены узловыми однорядными швами на атравматической игле, чем достигается экстрагастрация дна язвы (дно язвы оказывается за пределами пищеварительной трубки, тем самым устраняется патологический субстрат т.е. дно язвы) и исключается травма поджелудочной железы с развитием послеоперационного панкреатита. Ревизия брюшной полости, контроль гемостаза, послойные швы на рану.

При обследовании через 1 год после операции: Жалоб не предъявляет.

Заключение. Разработанный способ иссечения кровоточащей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу позволяет избежать травмы поджелудочной железы (вследствие экстрагастрации), с развитием послеоперационного панкреонекроза с летальным исходом. Форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что достигается применением прецизионной техники, а также использованием однорядных узловых швов на атравматической игле для восстановления краев дефекта, что исключает воздействие желудочного сока и болевого синдрома. Техническое выполнение данного способа не вызывает сложностей, достигается надежный гемостаз и не требуется специальное медицинское оборудование. Случаев развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов мы не наблюдали.

4.2. Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК у пожилых

Мы исследовали свертывающую и антисвертывающую систему у 41 больных с ЯГДК у пожилых. Исследование проводилось сразу же при поступлении больного в стационар, когда у него имелись выраженные клинические признаки кровотечения (кровавая рвота, дегтеобразный стул, учащение пульса, падение АД и гемоглобина). Возраст больных от 61 до 79 лет. Из 41 больных 20 лечились консервативно, 2 - ввиду продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативного лечения подлежали срочной операции (РЖ, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы).

Результаты исследования функционального состояния свертывающей системы крови при ЯГДК представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1

Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных с ЯГДК у пожилых

Название тестов	контроль (n=30)		больные (n=41)		t
	M ₁	m ₁ ±	M ₂	m ₂ ±	
время свертывания (в сек)	362	9	202	4	p<0,001
толерантность плазмы к гепарину (в сек)	638	30	457	34	p<0,001
время рекальцификации (в сек)	105	2,5	53	4	p<0,001
гепариновое время (в сек)	59	2	55	5	p>0,05
фибриноген (в мг%)	261	7,1	485	28	p<0,001
протромбин (в%)	90	2,3	94,6	2,5	p>0,05
проакцелерин (в%)	102,3	1,3	106,1	2,7	p>0,05
проконвертин (в%)	76	2,3	76,3	10,6	p>0,05
ретракция сгустка (в%)	38,9	0,75	44,5	1,5	p<0,001
время кровотечения (в сек)	112	7,4	91	8	p<0,05
свободный гепарин (в ед./мл)	6,6	0,26	4	0,3	p<0,05
фибринолитическая активность (в%)	14,1	0,6	10,2	1	p<0,05
кальций (в мг%)	10,4	0,18	10,3	0,4	p>0,05
тромботест степень)	4-6.	-	7-4.		
тромбоциты (в тыс.)	203,8	3,15	227	14	p>0,05

Проведенные исследование показали, что у больных пожилого возраста на высоте кровотечения, а также при продолжающемся кровотечении на протяжении 1-3-х дней, наблюдается резкое повышение общесвертывающей активности крови. Время свертывания крови и рекальцификации плазмы оказались почти в 2 раза укороченными и составили соответственно 202 ± 4 сек и 53 ± 4 сек ($p<0,001$). Значительно была повышена толерантность плазмы к гепарину. Средняя величина её составила 457 ± 34 сек ($p<0,001$). Эти данные получены, как при хронической язве, так и при острых язвах.

Отмечено закономерное повышение фибриногена крови ($485 \pm m^2 \%$). Однако, отмечались большие индивидуальные колебания концентрации фибриногена от 225 до $650 m^2\%$, при нормальных значениях $261 \pm 7,1 m^2 \%$.

Ретракция сгустка была повышена в среднем до $44,5 \pm 1,5\%$ ($<0,001$), а время кровотечения укорочено в среднем до 91 ± 8 сек. ($p<0,05$). Тромботест у 15

больных был повышен (7 степень), нормальная степень (4-6 степень) тромботеста обнаружена у 12. Количество прокоагулянтов (протромбиновый комплекс, тромбоцит) находились в пределах нормы ($p > 0,05$).

В результате проведенного исследования установлено, что у больных пожилого возраста с ЯГДК наблюдается значительное повышение общей коагулирующей активности крови. Со стороны антисвертывающей системы крови: установлено значительное понижение фибринолитической активности крови.

Наши исследования показали, что несмотря на значительное ускорение коагуляции вследствие кровотечения содержание протромбина, проакцелерина, проконвертина не изменяется. Следовательно, нет оснований рассматривать причину ускорения свертываемости крови с позиции изменение указанных факторов свертывания крови. Укорочение времени свертывания крови, времени рекальцификации плазмы и повышение толерантности плазмы к гепарину указывают, что под влиянием кровотечения интенсивность внутрисосудистого микросвертывания усиливается. Основная причина понижения протромбина и фибриногена по-видимому, связана с повышением их потребления. Значительное понижение фибринолитической активности крови мы рассматриваем как защитную реакцию организма на кровопотерю, как одно из проявлений гемостаза, способствующее прекращению кровотечения, и не связано с изменением прокоагулянтов, а обусловлено снижением фибринолитической и антикоагулянтной активности крови.

При легкой кровопотере гипокоагуляционные изменения носят незначительный и кратковременный характер. Так, увеличение АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) ($24,7 \pm 0,9$ с; $p < 0,01$) наблюдалось только в 1-е сутки постгеморрагического периода. В этот же срок отмечено уменьшение уровня фибриногена ($3,0 \pm 0,2$ г/л; $p < 0,05$). МНО (Международное нормализованное отношение - исследование, направленное на определение времени, необходимого для свертывания крови, а также для мониторинга приема пациентом антикоагулянтных препаратов) в

постгеморрагическом периоде имело тенденцию к увеличению, но не носило статистически значимый характер.

При кровопотере средней степени тяжести гипокоагуляционные изменения в крови на 1-е сутки были более выражены и характеризовались удлинением АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) и увеличением МНО ($p < 0,001$), снижением фибриногена ($p < 0,001$) и тромбоцитов ($p < 0,01$). Последующие сроки наблюдения характеризовались восстановлением вышеуказанных показателей. Гипокоагуляция у больных со средней кровопотерей протекает на фоне активации свертывающей системы крови, проявляющейся увеличением РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы) и снижением активности АЧТВ у 18 (43,9%) больных, из них у 8 (19,5%) уровень Б-димера был выше 0,5 мкг/л.

Гипокоагуляция у больных с тяжелой кровопотерей носила более выраженный и длительный характер, чем при кровопотере средней степени тяжести (нормализация АЧТВ и МНО наблюдалась только на 5-е сутки, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов восстанавливались к 6-м суткам). Примечательно, что, несмотря на гипокоагуляцию, в крови наблюдается резкое увеличение РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы) ($p < 0,001$), концентрация которых оставалась повышенной до 10-х суток постгеморрагического периода. При этом активность АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) оставалась сниженной все сроки наблюдения.

Резюме. Таким образом, чем сильнее кровопотеря, тем выраженнее активация системы гемостаза, направленная на остановку кровотечения, и последующая гипокоагуляция крови. Гипокоагуляция крови в постгеморрагическом периоде сопровождается усилением интенсивности внутрисосудистого свертывания. Вышеперечисленные обстоятельства диктуют необходимость индивидуального лабораторного контроля за системой гемостаза у пожилых с ЯГДК.

4.3. Лечебно - диагностический алгоритм при ЯГДК в пожилом возрасте

Основным звеном в определении хирургической тактики ЯГДК является эзофагогастродуоденоскопия. Однако, в большинстве случаев хирурги прибегают к выполнению экстренных оперативных вмешательств. Вместе с тем, у лиц пожилого возраста зачастую не учитываются некоторые типологические особенности (в т.ч. хроническая ЯБ или же острая лекарственная язва) ЯГДК, что нередко является причиной тактико-технических упущений, и соответственно, высокой частоты общей и послеоперационной летальности и осложнений.

У всех больных пожилого возраста с ЯГДК диагностика должна проводиться параллельно с мероприятиями, направленными на неотложную стабилизацию состояния пациента.

Ретроспективный анализ результатов лечения показал, что недооценены тяжесть физиологического состояния больных, степень кровопотери, риск рецидива при неустойчивом гемостазе. В результате, проведены большое количество urgentных операций на высоте кровотечения. Выявленные упущения способствовали к разработке усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, с учетом некоторых типологических особенностей, которая позволило оптимизировать хирургическую тактику.

По результатам лечения нами выделены 7 наиболее информативных диагностических признаков, по факторам риска: 1) возраст больного; 2) наличие в анамнезе рвоты «кофейной гущей» и /или мелены более 2 раз в день; 3) количество эритроцитов ниже 2,5-10¹²/л, гемоглобин ниже 100 г/л; 4) гипотония АД ниже 80/40 мм рт. ст. и пульс выше 100 уд/мин); 5) локализация язвы; 6) размеры язвенного дефекта; 7) эндоскопическая картина по Forrest.

Экстренная эндоскопия проведена 80 (86,9%) больным: в группе сравнения – 19 и в основной - 22. С острыми язвами было 38 (41,3%), из них 21 (41,2%) больной группы сравнения и 17 (41,5%) больных основной группы, с хроническими язвами 54 (58,7%) из них 30 (58,8%) больных группы сравнения и 24 (58,6%) больных основной группы больных. По нашим данным легкая степень кровопотери диагностирована у 9 (9,8%) больных, средняя степень у 45

(49,0%), тяжелая степень у 23 (25,0%), крайне тяжелая 15 (16,2%). Средняя и тяжелая степень кровопотери составила 73,9%. Язвенный дефект диагностирован в желудке – у 35 (38,0%) больных, язвы ДПК - у 57 (62,05%).

В случаях остановившегося кровотечения контрольная эндоскопия проводилась на 7-е и 14-е сутки. Для оценки источника кровотечения наиболее удобной является классификация J. Forrest (1987). Продолжающееся кровотечение: F-I-A - струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение из язвы; F-I-B - капельное (венозное) кровотечение из язвы состоявшееся кровотечение: F-II-A - видимый крупный тромбированный сосуд в дне язвы; F-II-B - фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток; F-I-C - капиллярные кровотечения из язвы состоявшееся кровотечение; F-II-C - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен состоявшееся кровотечение: признаков кровотечения нет; F-III - отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере (no stigmata).

При оценке степени тяжести кровопотери мы придерживались трех степеней объема кровопотери. В качестве основных показателей выделяли: пульс, ЛД, дефицит ОЦК, венозный гематокрит, гемоглобин [126]. В связи с этим, при ЯГДК у лиц пожилого возраста нами предложена усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм (рис.2).

Антисекреторная терапия нами проводилась 41 больным основной группы с ЯГДК. Рецидив кровотечения установлен у 14 (27,4%) из 51 пациентов, в то время как без применения ингибиторов протонной помпы - у 16 (37,4%) из 51 ($p < 0,05$).

При кровотечении F IIa - F IIb с признаками устойчивого гемостаза рецидив кровотечения возник у 7 (14,0%).

При активном кровотечении (F Ia, F Ib) в основной группе с применением ИПП рецидивы составили 2,3%, тогда как в группе сравнения без использования ИПП - 25,0%, т.е. рецидив кровотечения снижен с 25,0 до 2,3% ($p < 0,05$).

ТЭЛА являлась причиной летального исхода в 5,9% (3 из 51). Для нормализации состояния системы гемостаза больным с ЯГДК вся терапия

проводилась под контролем АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время).

ЭГ выполнен 29 (70,7%) больным из 41 пациентов. Для остановки кровотечения использованы как изолированные, так и комбинированные методы.

При активном кровотечении (Forrest Ia, Ib), рецидив возник у 1 (2,4%) больных, при кровотечении по Forrest IIa, IIb, IIc - у 1 (2,4%). Рецидив чаще возникал при больших язвах желудка по малой кривизне или задней стенке, в первые трое суток. Среди оперированных пациентов в основной группе ни в одном случае летальность от кровопотери не наблюдали.

Показаниями к ЭГ и консервативной терапии является высокий риск операции при оценке тяжести состояния больных по шкале SAPS 9-21 баллов и интенсивности кровотечения F-Ia, F-Ib, F-Ic и при кровотечении по F - IIa, F - IIb, F - IIc.

Показаниями к экстренной операции является продолжающееся кровотечение F - Ia, F - Ib, F-Ic, в том числе рецидив при невозможности ЭГ, с оценкой состояния больных по шкале SAPS в 5 - 8 баллов и локализацией язвенного дефекта по задней стенке ДПК, либо по малой кривизне желудка с диаметром более 2 см.

Показанием к срочному оперативному лечению является кровотечение с признаками высокого риска рецидива (F IIa), при состоянии больных 5-12 баллов по шкале SAPS. Основу противорецидивной медикаментозной терапии составляют препараты, блокирующие выработку соляной кислоты и пепсина слизистой желудка.

Временные промежутки для мониторинга кровотечения различаются в зависимости от предпочтений исследователей и составляет от 2 до 24 часов. При отсутствии эффекта от такого воздействия появляется повод для экстренной операции.

Вопрос о плановой операции решается индивидуально после коррекции постгеморрагических нарушений функций органов и систем.

Паллиативные операции в виде прошивания или иссечения язвы выполняются у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии.

Таким образом, активно-индивидуализированная хирургическая тактика, основанная на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритме с учетом некоторых типологических особенностей, в том числе типов язв («старая» или «старческая») позволяют оптимизировать хирургическую тактику при ЯГДК у пожилых, что способствует дальнейшему улучшению результатов хирургического лечения.

4.4. Характер и анализ хирургической тактики в основной группе

Существуют различные подходы к хирургическому лечению ЯГДК, однако ни один из подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной послеоперационной летальности.

Распределение больных в основной группе по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК представлено в таблице 4.2.

Таблица 4.2

Распределение больных по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК

Пол, возраст и частота	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	15	36,6	9	22,0	24	58,5
Женщины	6	14,6	11	26,8	17	41,5
ЯЖ	3	7,3	14	34,1	17	41,5
ДЯ	17	41,5	7	17,1	24	58,5

Как видно из таблицы 4.2., исследованием особенностей течения рецидивного ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста, нами установлено, что в основной группе мужчины с хроническими язвами составили 15 (36,6%), а с острыми язвами - 9 (22,0%), женщины – 6 (14,3%) и 11 (26,8%). При этом необходимо отметить увеличение желудочной (34,1%) локализации «старческих» язв, по сравнению с больными со «старыми» язвами (7,3%).

Следует отметить, что рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старых» язвах диагностированы лишь в 3 (7,3%) случаях, а рецидивные ЯГДК из ДЯ – в 17 (41,5%). ЯГДК из ЯЖ при «старческой» язве диагностированы у 14 (34,1%), тогда как из ДЯ в этом возрасте диагностированы лишь у 7 (17,1%) больных.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в основной группе исследована длительность язвенного анамнеза и наличие эпизодов кровотечения в анамнезе, что представлено в таблице 4.3.

Таблица 4.3

Течение ЯГДК в основной группе

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
язвенный анамнез						
«немое» течение	4	9,8	12	29,3	16	39,0
до 1 года	2	4,9	4	9,8	6	14,6
1-5 лет	8	19,5	1	2,4	9	22,0
6 -10 лет	5	12,2	-	-	5	12,2
10 лет <	5	12,2	-	-	5	12,2
кровотечение в анамнезе						
не было	10	24,4	11	26,8	21	51,2
1-2 раза	15	36,6	3	7,3	18	43,9
3 и <	2	4,9	0	0	2	4,9

Анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в основной группе «немое» течение установлено лишь у 16 (39,0%), 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 15 (36,6%). При этом, течение язвенной болезни при старых язвах и

старческих язв существенно отличалась, с увеличением «немного» течения - у 12 (29,3%) при старческих язвах по сравнению с больными со старыми язвами – 4 (9,8%). Также отмечается относительно короткий период течения и возникновения рецидива кровотечения у больных со старческими язвами до 1 года – 9,8% (4 из 6), течение болезни и до 5 лет лишь у 2,4% (1 из 9) больных. Также в основной группе кровотечения в анамнезе ранее не имелось у 21 (51,2%), 1-2 раза - у 18 (43,9%) и 3 и более раз – у 2 (4,9%) больных. Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в основной группе исследована длительность кровотечения и наличие признаков геморрагического шока, что представлено в таблице 4.4.

Таблица 4.4

Течение ЯГДК в основной группе

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	Абс	%
длительность кровотечения						
до 6 ч	4	9,8	6	14,6	10	24,4
6-12 ч	10	24,4	7	17,1	17	41,5
12-24 ч	6	14,6	3	7,3	9	22,0
24 ч <	3	7,3	2	4,9	5	12,2
признаки геморрагического шока						
да	13	31,7	9	22,0	22	53,7
нет	11	26,8	8	19,5	19	46,3

Как видно из таблицы 4.4, в основной группе длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 10 (24,4%) больных, 6-12 часов – у 17 (41,5%), 12-24 часов – у 9 (21,9%) и более 24 часов - у 5 (12,2%) больных. Признаки геморрагического шока отмечены в 13 (31,7%)

случае у больных с хроническим язвами, тогда как у больных со старческим язвами – в 9 (22,8%) 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 – 17 (41,5%), что является одним из признаков более высокой чувствительности к кровопотере.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в основной группе также исследована степень тяжести кровопотери, что представлено в таблице 4.5.

Таблица 4.5

Распределение больных рецидивными ЯГДК по степени кровопотери

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Степень тяжести кровопотери						
легкая	2	4,9	2	4,9	4	9,8
средняя	10	24,4	8	19,5	18	43,9
тяжелая	6	14,6	5	12,2	11	26,8
крайне тяжелая	5	12,2	3	7,3	8	19,5

Как видно из таблицы 4.5, основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери - 18 (43,9%), тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 11 (26,8%) и 8 (19,5%) случаев. При этом, в пожилом возрасте при «старых» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотери наблюдается в 12 (29,3%) случаев, тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 11 (26,8) случаев, при «старческих» язвах легкая и средней степени тяжести

кровопотеря наблюдается в 10 (24,4%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 8 (19,5%) случаев.

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в основной группе также исследованы диаметр язв, а также края и дно язв, что представлено в таблице 4.6.

В основной группе наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 30 (73,2%), большие (21-30 мм) и гигантские (31 мм и более) язвы при ЯГДК у больных пожилого возраста, в целом, диагностировано в 11 (26,8%) случае.

Таблица 4.6

Течение ЯГДК в основной группе

Некоторые типологические особенности ЯГДК	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
диаметр язв						
до 5 мм	3	7,3	2	4,9	5	12,2
6-10 мм	3	7,3	5	12,2	8	19,5
11-20 мм	12	29,3	5	12,2	17	41,5
21-30 мм	2	4,9	3	7,3	5	12,2
31 мм и <	4	9,8	2	4,9	6	14,6
края и дно язв						
мягкие	4	9,8	12	29,3	16	39,0
плотные («каллезные»)	20	48,8	5	12,2	25	61,0

Как видно из таблицы 4.6., при «старых» язвах диаметр язвы 5-20 мм был в большем количестве – 18 (43,9%), чем при «старческих» язвах – 12 (29,3%), а большие и гигантские 6 (14,6%), тогда как при «старческих» язвах – 5 (12,2%) случаев. В 25 (61,0%) случаев установлены язвы с плотными («каллезными») краями, в 16 (39,0%) случаев диагностированы язвы с мягкими краями, что

свидетельствовало о длительно текущем хроническом язвенном процессе, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

Всего выявлено 23 сопутствующих терапевтических заболеваний. Характер сопутствующих терапевтических заболеваний в основной группе представлены в таблице 4.7.

Таблица 4.7

Сопутствующие заболевания у больных с рецидивным ЯГДК

Сопутствующая терапевтическая патология	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Ишемическая болезнь сердца	4	9,8	2	4,9	6	14,6
Гипертоническая болезнь	3	7,3	3	7,3	6	14,6
Стенокардия	2	4,9	1	2,4	3	7,3
Постинфарктный коронарокардиосклероз	-	-	1	2,4	1	2,4
Сахарный диабет	2	4,9	1	2,4	3	7,3
ХОБЛ	1	2,4	1	2,4	2	4,9
Энцефалопатия после ОНМК	-	-	4	9,8	4	9,8
Цирроз печени	1	2,4	-	-	1	2,4
Всего	13	31,7	13	31,7	26	63,4

Как видно из таблицы 4.7., наиболее часто отмечались заболевания органов сердечно-сосудистой системы 16 (39,0%). 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 со «старыми» язвами, сердечно-сосудистые заболевания диагностированы в 9 (22,8%) случаев, а у больных со «старческими» язвами в 7 (17,1%) случаев. У больных со «старыми» и «старческими» язвами другие

соматические патологии выявлены у 7 (17,1%), которые усугубляли течение заболевания и оказания помощи.

На выбор проводимой тактики при рецидиве ЯГДК влияли также сопутствующая хирургическая патология выявленная (табл. 4.8).

Таблица 4.8

Сопутствующие хирургические заболевания у больных с рецидивным ЯГДК

Сочетанная хирургическая патология	Г Р У П П Ы (n=41)					
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Калькулезный холецистит	2	4,88	1	2,44	3	7,32
Бескаменный холецистит	3	7,32	1	2,44	4	9,76
Эхинококкоз печени	1	2,44	1	2,44	2	4,88
Грыжи живота	1	2,44	1	2,44	2	4,88
Всего	7	17,07	4	9,76	11	26,83

Как видно, сочетанная хирургическая патология отмечена в 7 (17,1%) 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.

По нашим данным основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери - 18 (43,9%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 11 (26,8%) и 8 (19,5%) случаев. Рецидив чаще обычно возникал в 1 и 3 сутки.

Таким образом, хирургическая тактика лечения больных пожилого и старческого возраста должна быть индивидуализированной.

В основной группе при кровотечении, на фоне легкой (n=4), средней (n=18) и тяжелой (n=11) степени и крайне тяжелой (n=8) тяжести кровотечения произведено 14 (31,7%) операций (ЯЖК: n=17; ЯДК: n=24), предложенный консервативный метод гемостаза выполнен в 11 (26,8%) случаев и ЭГ - в 17 (41,5%) случаев.

Распределение группы сравнения в зависимости от срочности и метода операции представлено в таблице 4.9.

Таблица 4.9

Характер гемостаза и операций в группе сравнения

Характер гемостаза /операции	Общее количество	
	абс	%
Консервативный метод гемостаза	9	22,0
Эндоскопический гемостаз	22	53,7
Прошивание	1	2,4
Иссечение по разработанной методике	6	14,6
РЖ по Б-I	2	4,9
РЖ по Б-II	1	2,4
Всего	41	100

Как видно из таблицы 4.9., в основной группе, придерживаясь активной индивидуализированной тактики больным пожилого и старческого возраста консервативная терапия применена в 9 (22,0%), ЭГ – в 22 (53,7%) и оперативное лечение – в 10 (24,4%) случаев. Из 10 больных, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы выполнено в 1 (2,4%) случае, иссечение кровоточащей язвы, осложненной пенетрацией по разработанной методике – в 6 (14,6%) и резекции желудка – в 3 (7,3%) случаев (РЖ по Б-1- в 2 и РЖ по Б-2-в 1 случае).

Разработанный подход позволяет выбрать оптимизировать хирургическую тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Резюме. Таким образом, хирургическая тактика должна основываться на данных эндоскопических критериев с учетом тяжести, и темпа кровопотери, диаметра и локализации источника кровотечения; осложнений ЯБ, а также

сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, т.е. должна быть активной диагностической и индивидуальной при выборе сроков и методов операции. Предложенная тактика, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода.

В результате активно-индивидуализированной тактики с учетом некоторых типологических особенностей и типов язв («старая» или «старческая»), а также свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК у пожилого консервативного лечения в основной группе уменьшено на 11,3% (с 33,3 до 22,0%), показания к эндоскопическому гемостазу расширены на 16,4% (с 37,3 до 53,7%), а оперативная активность снижена на 5,0% (с 29,4 до 24,4%). При этом, сузили показания к прошиванию кровоточащего сосуда на дне язвы и расширили показания к иссечению кровоточащей язвы по разработанной методике.

ГЛАВА V

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯГДК У ПОЖИЛЫХ

В оценке клинической эффективности различных методик гемостаза первостепенное значение отводится качеству проведенного лечения с определением удельной доли осложнений. В настоящий период эффективность безоперационного достижения гемостаза при язвенной болезни достаточно высока, но результативность, в частности консервативных и эндоскопических методов у пожилых, зависит от многих факторов, среди которых основное значение отводится не только техническому обеспечению, но и в основном типу язвы (старые – старческие).

§5.1. Клиническая оценка ближайших результатов

У пациентов больных пожилого возраста с ЯГДК возникшие осложнения в группах (сравнения и основная) разделены на две подгруппы, что позволяет в полном объеме провести анализ результатов лечения:

1. Осложнения, возникающие во время операции и связанные с различными погрешностями в хирургической технике (ятрогенные повреждения);
2. Послеоперационные осложнения, специфичные для операций, т.е. связанные с оперативным вмешательством на желудке (местные);
3. Осложнения, которые могут возникать и при оперативных вмешательствах на других органах и системах организма (общие).

Характер ятрогенных повреждений в сравниваемых группах проведено в зависимости от типа язвы, что представлено в таблицах 5.1.

Как видно из таблицы 5.1., в группе сравнения ятрогенные повреждения диагностированы у 2 (3,9%) больных, где причиной явилось стремление к полному удалению дна пенетрирующей язвы в поджелудочную железу. У обоих больных развился послеоперационный панкреатит. Больным проведен комплекс консервативной терапии, с релапаротомией и летальным исходом в 1 (2,0%) случае. Кровотечение из желудочно-кишечного анастомоза после РЖ

в группе сравнения отмечено в 3 (5,9%) и после прошивания кровотока на дне хронической язвы – в 2 (3,9%) случаев.

Таблица 5.1

Соотношение характер язвенных повреждений в сравниваемых группах

Характер осложнений	Группы сравнения (n=51)				Основная (n=41)			
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Язвенные повреждения								
П/ж	2(1)	3,9	-	-	-	-	-	-
Всего	2	3,9	-	-	-	-	-	-
Кровотечения из:								
анастомоза	2	3,9	1	2,0	1	2,4	-	-
из язвенного дефекта	2	3,9	-	-	-	-	-	-
Всего	6	11,8	1	2,0	1	2,4	-	-
t-	-	-	←↓↓↓↓↓ 4%	←↓↓↓↓↓ 4%	↖↓↓↓↓↓ 4%	↖↓↓↓↓↓ 4%	-	-

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↓ - уменьшение. ↓↓↓↓↓ *** - p < 0,001;

В () указана летальность

В основной группе кровотечение из желудочно-кишечного анастомоза после РЖ установлено в 1 (2,4%) случае. У всех больных своевременная диагностика, комплекс консервативной терапии и проведение ЭГ позволило устранить данное осложнение.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота язвенных повреждений и послеоперационных кровотечений снизилось с на 11,3% (с 13,7 до 2,4%), что было обусловлено оптимизацией хирургической тактики при лечении ЯГДК у пожилых. В

основной группе по отношению к группе сравнения ятрогенные повреждения при «старых» язвах по отношению к «старческим» отмечено на 5% реже ($p < 0,001$). Характер ятрогенных повреждений в основной группе представлено в таблице 5.2.

Таблица 5.2

Характер осложнений, связанных с операцией в сравниваемых группах

Характер осложнений	Группы (n=51)				Группы (n=41)			
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Послеоперационные осложнения, связанные с операцией								
Рецидив кровотечения	3	5,9	1	1,9	1	2,4	1	2,4
Несост. швов	1(1)	2,0	-	-	-	-	-	-
Панкреатит	2	3,9	1	2,0	-	-	-	-
Анастомозит	1	2,0	-	-	1	2,4	-	-
Всего	7	13,7	2	3,9	2	4,9	1	2,4
t-	-	-	←↓↓↓↓↓ 3,5%	←↓↓↓↓↓3, 5%	↖↓↓↓↓↓7%, ←↓↓↓2%	↖↓↓↓↓↓5,6 %, ←↓↓↓1,6%	↖↓↓↓↓↓4 %, ←↓↓↓2%	↖↓↓↓↓↓3, 3%, ←↓↓↓2%
Гнойно-септические раневые осложнения								
Инфильтрат	2	3,9	2	3,9	1	2,4	-	-
Нагноение раны	1	2,0	-	-	-	-	-	-
Всего	3	5,9	2	3,9	1	2,4	-	-
t-	-	-	←↓↓↓↓↓2 ,5%	←↓↓↓↓↓2,5 %	↖↓↓↓↓↓5%, ←↓↓↓2%	↖↓↓↓↓↓4,1 %, ←↓↓↓1,6%	-	-

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↓ - уменьшение. ↓↓↓ ** - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ *** - $p < 0,001$; в () указана летальность

Как видно из таблицы 5.2., в группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечены в 9 (17,6%) случаев, из них при «старых» язвах – в 7 (13,7%) и при «старческих» – в 2 (3,9%) случаев. Рецидив кровотечения отмечен в 3 (5,9%), несостоятельность швов с послеоперационной летальностью – в 1 (2,0%), послеоперационный панкреатит – в 2 (3,9%) и анастомозит – в 1 (2,0%) случаев.

В основной группе послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлены в 3 (7,3%) случаев, из них при «старых» язвах – в 2 (4,9%) и при «старческих» – в 1 (2,4%) случаев. Рецидив кровотечения установлен в 2 (4,9%) и анастомозит – в 1 (2,4%) случае.

Сравнительный анализ показал, что послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством в основной группе по отношению к группе сравнения, снизилось на 10,3% (с 17,6 до 7,3%). Гнойно-септические раневые осложнения в основной группе по отношению к группе сравнения снизились на 7,4% (с 9,8 до 2,4%). Комплекс консервативных мероприятий с соблюдением общепринятых правил гнойной хирургии позволило добиться заживления послеоперационной раны.

В исследуемой группе по отношению к группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с операцией при «старых» язвах, отмечается на 2,8% реже ($p < 0,01$), гнойно-септические осложнения – реже на 2,5% ($p < 0,01$).

Частота послеоперационных осложнений общего характера в сравниваемых группах представлена в табл. 5.3.

Как видно из таблицы 5.3., в группе сравнения осложнения общего характера отмечены в 8 (15,7%) случаев, из них при «старых» язвах в 5 (9,8%) и при «старческих» язвах – в 3 (5,9%) случаев. Острая сердечно-сосудистая недостаточность отмечена в 2 (3,9%) случаев с летальным исходом в 1 (2,0%) случае, тромбоэмболические осложнения – в 2 (3,9%), с летальным исходом в 1 (2,0%) случае от тромбоэмболии легочной артерии и бронхолегочные осложнения – в 4 (5,9%) случаев. Все остальные больные после проведения интенсивной консервативной терапии выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таблица 5.3

Соотношение частоты осложнений общего характера в сравниваемых группах

Характер осложнений	Группы (n=51)				Группы (n=41)			
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Послеоперационные осложнения, общего характера:								
Острая сер-сосуд недост	1(1)	2,0	1	2,0	1	2,4	-	-
ТЭО	1	2,0	1(1)	2,0	-	-	-	-
Бронхо-легочные	3	3,9	1	2,0	2	4,9	1	2,4
Всего	5	9,8	3	5,9	3	7,3	1	2,4
t-	-	-	←↓↓1,6%	←↓↓1,6%	↖↓↓2%, ←↓1,3%	↖↓↓1,6%, ←↔	↖↓↓↓↓5%, ←↓↓↓↓4%	↖↓↓↓↓4,1%, ←↓↓4,1%

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↓ - уменьшение. ↓↓↓ ** - p < 0,01, ↓↓↓↓ *** - p < 0,001; в () указана летальность

В основной группе осложнения общего характера установлены в 4 (9,7%) случаев, из них при «старых» язвах в 3 (7,3%) и при «старческих» - в 1 (2,4%) случае. Острая сердечно-сосудистая недостаточность установлена в 1 (2,4%) случае и бронхолегочные осложнения – в 3 (7,3%) случаев. Все больные после проведения интенсивной консервативной терапии выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения послеоперационные осложнения общего характера снизились на 6,0% (с 15,7 до 9,7%).

В исследуемой группе по отношению к группе сравнения послеоперационные осложнения общего характера при «старых» язвах, отмечается 1,3 раза реже.

Резюме. Таким образом, в процессе исследования определив типологические особенности течения ЯГДК у пожилых, исследования особенностей свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также разработки усовершенствованного способа иссечения кровоточащих язв, пенетрирующих в окружающие органы (преимущественно в поджелудочную железу) и

внедрения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, мы оптимизировали активно-индивидуализированную хирургическую тактику. В результате, в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений и послеоперационных кровотечений снизилось с на 11,3% (с 13,7 до 2,4%), послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 10,3% (с 17,6 до 7,3%), гнойно-септические раневые осложнения - на 7,4% (с 9,8 до 2,4%), послеоперационные осложнения общего характера - на 6,0% (с 15,7 до 9,7%) и послеоперационную летальность – на 5,4% (с 7,8 до 2,4%), что позволило достичь искомой цели исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургия второй половины 20 века ознаменовалась использованием новейших достижений и технологий для лечения ЯГДК [6;88]. Эта проблема по сей день в ургентной хирургии продолжает оставаться предметом широкомасштабных научных исследований, проводимых в клиниках и лабораториях нашей Республики, в странах СНГ и дальнего зарубежья [25;27]. По статистике, кровотечения из различных отделов ЖКТ занимают третье место среди наиболее частых хирургических патологий и диагностируется у 5 миллиона человек во всем мире, где до 40% занимают лица пожилого и старческого возраста [28;87]. К тому же у них, послеоперационная летальность, достигает 34-73% и в течение последних 10-15 лет увеличилось в 2-3 раза [16;121], что также связано растущим применением нестероидных противовоспалительных препаратов у значительной части населения (приём аспирина, антиревматических и антикоагулянтных средств, нестероидных противовоспалительных препаратов с целью лечения сопутствующих заболеваний) [75;128].

ЭГ и последующий мониторинг его эффективности расширяют возможности хирургов в достижении стойкого гемостатического эффекта у 96-98% пациентов [40;43]. Однако, мнения о частоте и временном интервале между ЭГ продолжают дискутироваться [144]. Паллиативный эффект лечебной эндоскопии позволяет рассматривать ее не как абсолютную альтернативу хирургической тактике, а как превентивный способ перед отсроченной операцией [49].

Нередко, ЯГДК у больных пожилого возраста носят профузный характер, в связи с чем их приходится оперировать по экстренным показаниям. При этом предпочтительны органосохраняющие (прошивание кровоточащей язвы или её иссечение) операции. На современном этапе продолжается дискуссия при определении хирургической тактики [35;68;70].

ЯБ у больных пожилого и старческого возраста в настоящее время рассматривается в трех вариантах: I – длительно протекающая, возникшая в

молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения; II – начавшаяся в пожилом и старческом возрасте ("поздняя" ЯБ) и имеющая свои особенности клиники и течения; III – «старческая» язва, которую в связи с особенностями ульцерогенеза следует рассматривать как симптоматическую. Изменения в системе гемостаза при ЯГДК и лечении этой категории больных изучены недостаточно. Констатируя факт наличия несомненного дисбаланса показателей свертывающей системы крови, литература демонстрирует довольно противоречивые сведения, что требует дополнительного изучения этого вопроса.

Таким образом, в настоящее время при ЯГДК, возрастным особенностям организма должного внимания не уделяется. Несмотря на широкое освещение данной проблемы не до конца исследованы некоторые «типологические» особенности при хронических («старых») и острых («старческих») язвах на фоне ЯГДК. Требуют уточнения изменения, происходящие в системе гемостаза при ЯГДК, а также выбор оптимального метода ЭГ, сроков и метода оперативного вмешательства, что послужило поводом к проведению данного исследования.

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 326 больных с ЯГДК. Пациенты с ЯГДК условно разделены на две группы:

- контрольная группа (234 больных), в возрасте до 60 лет (средний возраст составил - $35,3 \pm 0,5$, $p < 0,001$), которые составили первую группу;
- исследуемая группа (92 больных), в пожилом возрасте (средний возраст составил - $67,2 \pm 0,5$, $p < 0,001$), которые составили вторую группу.

Для решения поставленных задач проводились клиничко-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Исследованием особенностей течения ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста (92), путем сравнительной оценки с лицами среднего

возраста (234), нами установлено, что в контрольной группе (средний возраст) соотношение мужчин к женщинам составило 3,6:1, тогда как в исследуемой группе (пожилые) составило 1,5:1. В контрольной группе ЯГДК из ЯЖ по отношению к ДЯ соотношение составило 1:17, тогда как в исследуемой группе – 1:1,6.

Полученные данные свидетельствуют, что по сравнению с контрольной группой, в пожилом возрасте существенно увеличивается частота язвенных кровотечений из желудочной локализации язв (средний возраст – 5,6% и пожилые – 38,0%), а из ДЯ, наоборот, уменьшается (средний возраст – 94,4% и пожилые – 62,0%), которые обусловлены частым приемом лекарственных средств.

Сравнительный анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в контрольной группе (средний возраст) «немое» течение установлено лишь у 34 (14,5%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 137 (58,5%), тогда как в основной группе (пожилые) «немое» течение установлено в 34 (36,9%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 38 (41,3%). В контрольной группе (средний возраст) длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 38 (16,2%) больных, 6-12 часов – у 50 (21,4%), 12-24 часов – у 57 (24,4%) и более 24 часов – у 89 (38,0%) больных. Полученные данные свидетельствуют, что в среднем возрасте, у больных компенсаторные возможности организма позволяют находиться в относительно благоприятном состоянии, о чем свидетельствовали позднее поступление в стационар. Однако, больные с ЯГДК в пожилом возрасте в 59 (66,1%) случаев поступали в стационар в первые 12 часов от начала кровотечения, что является одним из косвенных признаков более высокой чувствительности к кровопотере. В контрольной группе (средний возраст) признаки геморрагического шока отмечены в 41 (17,5%) случае с ЯГДК, тогда как в группе больных пожилого возраста – в 51 (55,4%) случаев.

В контрольной группе (средний возраст) основной контингент составили пациенты с легкой и средней степени тяжести кровопотери (78,2%), тогда как в пожилом – в 54 (58,7%), а тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери в среднем возрасте отмечены в 28 (12,0%) и 23 (9,8%) случаев, соответственно, тогда как у пожилых - диагностируются почти в 2 раза чаще – 23 (25,5%) и 15 (16,3%), соответственно.

Дальнейший сравнительный анализ показал, что в контрольной группе наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 203 (86,8%), большие и гигантские язвы при ЯГДК у больных среднего возраста, в целом, диагностировано в 31 (13,3%) случае, тогда как в пожилом возрасте – в 26 (28,2%) случаев, что более чем в 2 раза превышал аналогичный показатель по сравнению с контрольной группой.

Также в контрольной группе (средний возраст) в 216 (92,3%) случаев установлены язвы с плотными краями и лишь в 18 (7,7%) случаев – с мягкими краями, тогда как в группе больных пожилого возраста в 53 (57,6%) случаев установлены язвы с плотными краями и в 39 (42,4%) случаев - язвы с мягкими краями, что было вызвано приемом лекарственных средств. Это подтверждает, что в пожилом возрасте возникновение ЯГДК нередко обусловлено приемом лекарственных препаратов, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

При распределении больных, согласно эндоскопической классификации Forrest [1974], продолжающееся кровотечение (F-I) выявлено у 51 (21,7%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 38 (41,3%) в основной группе (у пожилых). У 141 (60,2%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 45 (48,9%) исследуемой группы (пожилые) установили субстрат кровотечения с признаками неустойчивого гемостаза (F-II). У 42 (18,0%) и 9 (9,8%) пациентов кровотечение было анамнестическим (F-III), и соответственно им эндоскопический гемостаз не производился.

Всего выявлено 188 сопутствующих терапевтических заболеваний. Из них 124 (53,0%) больных контрольной группы (средний возраст) и 64 (69,6%) больных

исследуемой группы (пожилые), главным образом, сердечно-сосудистой системы - 81 (34,6%) и 47 (51,1%), соответственно. В контрольной группе (234 больных) сочетанная хирургическая патология отмечена в 22 (9,4%) случаев. В исследуемой группе (92 больных) сочетанная хирургическая патология диагностирована в 14 (15,2%) случаев.

Консервативный метод гемостаза применен в контрольной группе (средний возраст) у 63 (26,9%) и в исследуемой (пожилые) – у 26 (28,3%) больных. Инъекционный эндоскопический гемостаз (ЭГ) и эндоскопическую электрокоагуляцию в контрольной группе применили у 80 (34,1%) больных, тогда как в исследуемой (пожилые) – у 34 (34,0%) больных. При этом в контрольной группе (средний возраст) клипирование кровоточащих сосудов проведено у 15 (6,4%), тогда как в исследуемой – в 7 (7,6%). Следует отметить, что в контрольной группе (средний возраст) в 28 (12,0%) случаев выполнено ушивание кровоточащей язвы, а в исследуемой (пожилые) – лишь в 8 (8,7%) случаев. Иссечение язвы - в 36 (15,4%) и 9 (9,8%), соответственно и РЖ - в 12 (5,1%) и в 8 (8,7%) случаев, соответственно.

Клиника ЯГДК, чаще всего (55,8%) характеризовалась дальнейшим прогрессированием осложнений.

В группе сравнения, придерживаясь активно-выжидательной тактики больным пожилого и старческого возраста консервативный метод гемостаза проведен 17 (33,3%) больным, ЭГ - 19 (37,3%) и оперативные вмешательства 15 (29,4%) больным. При безуспешности традиционных консервативных мероприятий, проведены паллиативные операции в виде прошивания кровоточащего сосуда на дне язвы в 7 (13,7%) и иссечения кровоточащих язв желудка и ДПК – в 3 (5,9%), а также радикальные операции, в виде РЖ в 5 (9,8%) случаев (РЖ по Б-I – 3; РЖ по Б- II – 2).

При анализе результатов лечения ЯГДК у больных группы сравнения, нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач является рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательного подхода решить

эту проблему. Решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой лечения с учетом типологических особенностей язвы и свертывающей и противосвертывающей система крови, особенно у пожилых. Несомненно, выделяется группа пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, срочное хирургическое вмешательство у которых, тем не менее, будет неприемлемо в связи с крайне высоким риском оперативного вмешательства.

Придерживаясь активно-выжидательной тактики, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, консервативная терапия проведена – 33,3%, ЭГ – в 37,3% и оперативное лечение – в 29,4% случаев (преимущественно прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы – 13,7%).

Такая тактика у больных пожилого возраста не позволил добиться ожидаемых результатов. Подводя краткий итог еще раз подчеркнем, что решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой с учетом типологических особенностей течения ЯГДК у пожилых, в т.ч. типов язв («старые» или «старческие»), свертывающей и противосвертывающей система крови, а также разработки модифицированного способа операции и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностированного алгоритма.

Способ иссечения кровоточащей язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу (патент на изобретение №IAP7795 от 14.08.2024г). За период с 2019-2023 гг данный способ применен у 19 больных с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением сопровождающиеся пенетрацией в окружающие органы (преимущественно в поджелудочную железу).

Разработанный способ иссечения кровоточащей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу позволяет избежать травмы поджелудочной железы (вследствие экстрагастрации), с развитием послеоперационного панкреонекроза с летальным исходом. Форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что достигается применением прецизионной техники, а также использованием однорядных узловых швов на атравматической игле

для восстановления краев дефекта, что исключает воздействие желудочного сока и болевого синдрома. Техническое выполнение данного способа не вызывает сложностей, достигается надежный гемостаз и не требуется специальное медицинское оборудование. Случаев развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов мы не наблюдали.

Мы исследовали свертывающую и антисвертывающую систему у 41 больных с ЯГДК у пожилых. Из 41 больных 20 лечились консервативно, 2 - ввиду продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативного лечения подлежали срочной операции (РЖ, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы).

Проведенные исследования показали, что у больных пожилого возраста на высоте кровотечения, а также при продолжающемся кровотечении на протяжении 1-3-х дней, наблюдается резкое повышение общесвертывающей активности крови. Время свертывания крови и рекальцификации плазмы оказались почти в 2 раза укороченными и составили соответственно 202 ± 4 сек и 53 ± 4 сек ($<0,001$). Значительно была повышена толерантность плазмы к гепарину. Средняя величина её составила 457 ± 34 сек ($<0,001$). Эти данные получены, как при хронической язве, так и при острых язвах.

Отмечено закономерное повышение фибриногена крови ($485 \pm m^2 \%$). Однако, отмечались большие индивидуальные колебания концентрации фибриногена от 225 до $650 m^2\%$, при нормальных значениях $261 \pm 7,1 m^2 \%$.

Ретракция сгустка была повышена в среднем до $44,5 \pm 1,5\%$ ($<0,001$), а время кровотечения укорочено в среднем до 91 ± 8 сек. ($P < 0,05$). Тромботест у 15 больных был повышен (7 степень), нормальная степень (4-6 степень) тромботеста обнаружена у 12. Количество прокоагулянтов (протромбиновый комплекс, тромбоцит) находились в пределах нормы ($P > 0,05$).

В результате проведенного исследования установлено, что у больных пожилого возраста с ЯГДК наблюдается значительное повышение общей коагулирующей активности крови, со стороны антисвертывающей системы

крови установлено значительное понижение фибринолитической активности крови.

Наши исследования показали, что несмотря на значительное ускорение коагуляции вследствие кровотечения содержание протромбина, проакцелерина, проконвертина не изменяется. Следовательно, нет оснований рассматривать причину ускорения свертываемости крови с позиции изменение указанных факторов свертывания крови. Укорочение времени свертывания крови, времени рекальцификации плазмы и повышение толерантности плазмы к гепарину указывают, что под влиянием кровотечения интенсивность внутрисосудистого микросвертывания усиливается. Основная причина понижения протромбина и фибриногена по-видимому, связана с повышением их потребления. Значительное понижение фибринолитической активности крови мы рассматриваем как одно из проявлений гемостаза, способствующее прекращению кровотечения, и не связано с изменением прокоагулянтов, а обусловлено снижением фибринолитической и антикоагулянтной активности крови.

В процессе исследования нами **усовершенствован лечебно - диагностический алгоритм при ЯГДК в пожилом возрасте (№DGU 33397 от 12.02.2024г)**. Основным звеном в определении хирургической тактики ЯГДК является эзофагогастродуоденоскопия. У всех больных пожилого возраста с ЯГДК диагностика должна проводиться параллельно с мероприятиями, направленными на неотложную стабилизацию состояния пациента.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что недооценены тяжесть состояния больных, степень кровопотери, риск рецидива при неустойчивом гемостазе. В результате, нами проведены большое количество urgentных операций на высоте кровотечения. Выявленные упущения способствовали к разработке усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, с учетом некоторых типологических особенностей, которая позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Экстренную ФГДС проводили 80 (86,9%) больным, 19 больным группы сравнения и в том числе 22 больным основной группы с ЯГДК. Больных с острыми язвами было 38 (41,3%), из них 21 (41,2%) больной группы сравнения и 17 (41,5%) больных основной группы, с хроническими язвами 54 (58,7%) из них 30 (58,8%) больных группы сравнения и 24 (58,6%) больных основной группы больных.

По нашим данным легкая степень кровопотери диагностирована у 9 (9,8%) больных, средняя степень у 45 (49,0%), тяжелая степень у 23 (25,0%), крайне тяжелая 15 (16,2%). По нашим данным средняя и тяжелая кровопотеря составила 73,9%.

Язвенный дефект диагностирован в желудке – у 35 (38,0%) больных, язвы ДПК - у 57 (62,05%). В случаях остановившегося кровотечения контрольная эндоскопия проводилась на 7-е и 14-е сутки. Для оценки источника кровотечения наиболее удобной является классификация J. Forrest (1987).

В связи с этим, при ЯГДК у лиц пожилого возраста нами предложена усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.

Антисекреторная терапия нами проводилась 41 больным основной группы с ЯГДК. В результате, рецидив кровотечения наблюдался у 14 (27,4%) из 51 пациентов, в то время как без применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) - у 16 (37,4%) из 51 ($p < 0,05$). При устойчивом гемостазе рецидив кровотечения возник у 7 (14,0%).

При активном кровотечении (F Ia, F Ib) в основной группе больных с применением ИПП число рецидивов составил 2,3% в отличие от группы сравнения без использования ИПП 25,0%, т.е. статистически значимо снижает развитие рецидива кровотечения с 25,0% до 2,3% ($p < 0,05$).

ТЭЛА явилась причиной летального исхода в 5,9% (3 из 51). Вся терапия проводилась под контролем АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время).

Эндоскопические методы гемостаза были выполнены 29 (70,7%) больным из 41 пациентов. При активном кровотечении (Forrest Ia, Ib), рецидив возник у 1 (2,4%) больных, при кровотечении по Forrest IIa, IIb, IIc - у 1 (2,4%).

Рецидив чаще возникал в первые трое суток. Среди оперированных в основной группе ни в одном случае летальность от кровопотери не наблюдали.

Показаниями ЭГ и консервативной терапии является высокий риск операции при оценке тяжести состояния больных по шкале SAPS 9-21 баллов и интенсивности кровотечения F-Ia, F-Ib, F-Ic и при кровотечении по F - IIa, F - IIb, F - IIc.

Показаниями к экстренной операции является продолжающееся кровотечение F - Ia, F - Ib, F-Ic в том числе рецидив при невозможности ЭГ, с оценкой состояния больных по шкале SAPS в 5 - 8 баллов и локализацией язвенного дефекта по задней стенке ДПК либо по малой кривизне желудка с диаметром более 2 см.

Показанием к срочному оперативному лечению является кровотечение с признаками высокого риска рецидива (F IIa), при состоянии больных 5-12 баллов по шкале SAPS. Основу противорецидивной медикаментозной терапии составляют препараты, блокирующие выработку соляной кислоты и пепсина слизистой желудка.

Временные промежутки для мониторинга кровотечения различаются в зависимости от предпочтений исследователей и составляет от 2 до 24 часов. При отсутствии эффекта от такого воздействия появляется повод для экстренной операции. Вопрос о плановой операции решается индивидуально.

Операцией выбора при хронической язве ДПК и препилорического отдела желудка, осложненной кровотечением, является стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением язвы, а при язве желудка – РЖ. Паллиативные операции допустимы у больных, находящихся в тяжелом состоянии. В основной группе, придерживаясь активной индивидуализированной тактики консервативная терапия применена в 9 (22,0%), ЭГ – в 22 (53,7%) и оперативное лечение – в 10 (24,4%) случаев. Из

10 больных, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы выполнено в 1 (2,4%) случае, иссечение кровоточащей язвы, осложненной пенетрацией по разработанной методике – в 6 (14,6%) и резекции желудка – в 3 (7,3%) случаев (РЖ по Б-1- в 2 и РЖ по Б-2-в 1 случае).

Предложенная тактика, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода. В результате активно-индивидуализированной тактики, при ЯГДК у пожилого консервативного лечения в основной группе уменьшено на 11,3% (с 33,3 до 22,0%), показания к эндоскопическому гемостазу расширены на 16,4% (с 37,3 до 53,7%), а оперативная активность снижена на 5,0% (с 29,4 до 24,4%). При этом, сузили показания к прошиванию кровоточащего сосуда на дне язвы и расширили показания к иссечению кровоточащей язвы по разработанной методике.

Таким образом, в процессе исследования при ЯГДК у пожилых, мы оптимизировали активно-индивидуализированную хирургическую тактику. В результате, в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений и послеоперационных кровотечений снизилось с на 11,3% (с 13,7 до 2,4%), послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 10,3% (с 17,6 до 7,3%), гнойно-септические раневые осложнения - на 7,4% (с 9,8 до 2,4%), послеоперационные осложнения общего характера - на 6,0% (с 15,7 до 9,7%) и послеоперационную летальность – на 5,4% (с 7,8 до 2,4%), что позволило достичь искомой цели исследования.

ВЫВОДЫ

1. По сравнению с средним возрастом у пожилых имеются некоторые типологические особенности течения ЯГДК, в частности: существенно увеличивается частота кровотечений из язв желудка – с 5,6 до 38,0%, из ДЯ, наоборот уменьшается – с 94,4 до 62,0%, «немое» течение учащается – с 14,5 до 37,0%; обращение за госпитализацией в первые 12 часов – с 37,6 до 64,1%, геморрагический шок – с 17,5 до 55,4%, частота больших язв – с 13,3 до 28,2%, язвы с плотными краями и дном – с 7,7 до 57,6%, продолжающееся кровотечение по F-1 – с 21,7 до 41,3%, терапевтическая патология – с 24,3 до 34,8% и сочетанная хирургическая патология – с 9,4 до 15,2%.
2. Придерживаясь активно-выжидательной тактики, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, консервативная терапия проведена в 33,3%, ЭГ – в 37,3% и оперативное лечение – в 29,4% случаев (преимущественно прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы – 13,7%), где частота ятрогенных повреждений и кровотечений составило – 13,7%, осложнения, связанные с оперативным вмешательством – 17,6% гнойно-септические раневые осложнения - 9,8%, общего характера – 15,7% и летальность – 7,8%.
3. Разработанный способ иссечения кровоточащей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу позволяет избежать травмы поджелудочной железы, с развитием послеоперационного панкреонекроза, форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что позволяет избежать локальных участков натяжения и дилатации желудочной стенки в швах при выполнении гастропластики.
4. Активно-индивидуализированная тактика с учетом некоторых типологических особенностей течения ЯГДК у пожилых и состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, позволили исключить ятрогенные повреждения, снизить частоту кровотечений с 13,7 до 2,4%, специфические осложнения – с 17,6 до 7,3%, раневые осложнения – с 9,8 до 2,4%, общего характера – с 15,7 до 9,7% и летальность – с 7,8 до 2,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В. 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 Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.19.
3. Алексеев С.А., Козлов И.Б., Николаев Н.Е. Особенности диагностики и лечебной практики при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. //Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.21.
4. Алимов М.М., Исмаилов Б.А. Эффективность применения гемостатического покрытия «Гепроцел» при повреждении печени в эксперименте //Журнал Вестник ТМА. –Ташкент. –2016. -№3. –С. 17-20.
5. Андреев Д.Н., Бордин Д.С., Никольская К.А. и др. Современные тенденции эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*. Медицинский совет. -2023;17(8):18-27.
6. 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.
7. Базаев А.В., Кокобелян А.Р., Малов А.А., Галанин И.А. Гемостаз малоинвазивными способами при профузных кровотечениях//Материалы X Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.24.

8. Белик Б.М., Подина М.В., Тенчуринов Р.Ш., Скорляков В.В., Баев О.В. Анализ причин летальных исходов у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями //Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.26.
9. Бударев В.Н., Федосеев А.В. Факторы, определяющие эффективность эндоскопического выявления источников кровотечений //Материалы X Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.34.
10. Быстров С.А., Каторкин С.Е., Личман Л.А., Лисин О.Е. Оценка эффективности шкал прогнозирования рецидива язвенных кровотечений – ретроспективный анализ //Материалы X Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.37.
11. Вавилова Т.В. Как построить программу лабораторного обследования больного с нарушениями в свертывании крови. атеротромбоз, 2017, №2: с.95-108.
12. Валеев М.В., Тимербулатов Ш.В. Гастродуоденальные кровотечения в условиях районной больницы //Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. -2020. -Т.15. -№1. -С.39-42.
13. Власов А.П., Аль-Кубайси Ш-А.С., Власова Т.И., Чигакова И.А. Оценка эффектов влияния ремаксола на систему гемостаза при остром желудочно-кишечном кровотечении //Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.39.
14. Возрастная классификация Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ). 2021. 4 апреля. <https://glavkniga.ru/forum/topic/6904#>.

15. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике //Сеченовский Вестник. -2010. -№1. С.29-35.
16. Гринкевич В.М. Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией в подслизистом слое в лечении раннего рака желудка //Автореф. ... дис. канд. мед. наук. –М. -2017.
17. Давыдкин В.И., Кияйкина О.М. Консервативная терапия гастродуоденальных кровотечений при острых повреждениях слизистой желудка // Научное обозрение. Медицинские науки. -2017; (6):19–23.
18. Даминов Ф., Карабаев Х., Тагаев К. И др. Гастродуоденальные кровотечения у тяжело обожжённых //Журнал проблемы биологии и медицины. -2018. (4 (104), 33–36.
19. Девальд М.К. Вегетативная нервная система и факторы свертывания крови //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. –Саратов. -1950.
20. Дедерер Ю.М., Суховеева Е.Я. Диагностическое значение исследование системы свертывания крови при желудочно-кишечных кровотечениях //Хирургия. -1963. -№8. -С.82-88.
21. Дехконов Ж.К., Хакимов М.Ш., Турижонов У.Ж. Выбор лечебной тактики при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв //Сб. матер. Межд. Научно-практ. Конф. Посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел с межд. Участием. -2021.
22. Ермолов А.С., Тверитнева Л.Ф., Тетерин Ю.С. Современные методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений (обзор литературы) //Медицинский алфавит. -2017; 3.29(326):41–46.
23. Зубарев Д.М. О механизмах регуляции свертываемости крови в норме и патологии //Проблемы гематологии и переливание крови. -1962. -№12. -С.32-40.

24. Ивашкин В.Т., Шептулин А. А., Маев И.В. И ДР. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Рос журн. гастроэнтерол гепатол колопроктол -2016; 26(6):40-54.
25. Ивашкин В.Т., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28(1): 55 - 70.
26. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В. и соавт. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024; 34 (2): 101 - 131. doi: 10&22416/1382-4376-2024-34-2-101-131.
27. 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.
28. Калиш Ю.И., Худайбергенов Ш.А. Пептические язвы, осложненные профузным кровотечением //Хирургия Узбекистана. -№3. -2003. -43.
29. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э. ва б. Ошкозоннинг «мураккаб» ярасидан кон кетишни эндоскопик тухтатиш усули //УзР ИМА IAP06814-сон ихтиро учун патенти. -2022 йил.
30. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И. и др. Роль и место эндоклипирования при язвенных кровотечениях //Вестник экстренной медицины. -2015. Т.11. №4. –С.41-50.
31. Качмазова А.В., Гиоева З.А. Клинико-эндоскопическая оценка желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии //Norwegian Journal of De-velopment of the International Science. -2020; (39):2.

32. Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. -2024.
33. Клинические рекомендации "Прободная язва". ООО "Российское общество хирургов", утвержденные Минздравом России. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава РФ, 2021 г.
34. Кодиров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал Проблемы биологии и медицины. -2018. №1 (99). –С.47-49.
35. Коробоев Б.Б. Совершенствование технологии эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях //Автореф. Дисс. ... канд. Мед. Наук. –Андижан. -2021. 40с.
36. Коровин А.Я., Маскин С.С., Туркин Д.В., и др. Гастродуоденальные язвенные кровотечения: оценка выбора методов гемостаза и прогнозирование риска рецидива кровотечения //Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2017. -№1. -С. 41–45.
37. [Коровина Е.В.](#) Дифференциально-диагностические различия язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв //Г. Москва, ул. Старовольнская, д. 10. м. Славянский бульвар «Клиническая больница №1». Управления делами Президента РФ. 2023 – ФГБУ.
38. Крупенников Н.О. О влиянии родových и операционных кровопотерь на свертываемость крови //Мед. мысль. -1924. №4.
39. Кубачев К. Г., Качесов Э. Ю., Петропавловская О. А., Малоинвазивные технологии лечения не варикозных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений //Вестник хирургии. -2018. Т.177. №2. -С. 25-29.
40. Кубышкин В.А. [и др.] Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – № 2. – С. 4-9.
41. Лаврешин П.М., Бруснев Л.А., Горбунков В.Я. и др. Опыт лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии в условиях городской

больницы //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. -2019. -Т.14. -№2. -С. 42–44.

42. Лебедев Н.В. Эндоскопический гемостаз в профилактике и остановке рецидивного язвенного гастродуоденального кровотечения //Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2017. - №1. -С.873.

43. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. –2016. – № 6. – С. 52-56.

44. Мармыш Г.Г., Дубравщик О.И., Довнар И.С. и др. Тактика лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями //Журнал гродненского государственного медицинского университета. Том 16 (2). -2018. -С.223-227.

45. Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Бекназаров И.Р. и др. Лечебная тактика при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв //Сб. матер. Межд. Научно-практ. Конф. Узбекистан. Ургенч. -2019.

46. Машурова Е.В., Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Абалян А.К. Гемостаз у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями //Материалы X Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.68.

47. Осипов Б.Б., Лызиков А.А., Призенцов А.А., Скуратов А.Г., Курек М.Ф. Желудочно-кишечные кровотечения: учеб. -метод. пособие //Гомель: ГомГМУ. -2016. - 26 с.

48. Павловский Д.П. Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови и применение антикоагулирующих средств у больных пожилого возраста после операций на органах брюшной полости. Труды X съезда хирургов УССР. –Киев. -1964. –С.86-94.

49. Переходов С.Н., Карпун Н.А., Сницарь А.В. и др. Опыт применения эндоваскулярной эмболизации для профилактики рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2023;(1):30-38.

50. Попова Н.Н., Изменение свертываемости крови при массивных острых кровопотерях и лептонном шоке //Авт. дисс. К.м.н. -Волгоград.
51. Рахманов Ф.С., Шоназаров И.Ш. Актуальные проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки //Тиббиет муаммолари. -2024. -№1 (151). –С423-430.
52. Рахмонов Ф.С., Шоназаров И.Ш. Новые методы эндоскопической диагностики неуточненных желудочно-кишечных кровотечений //Sustainability of Education, socio-economic science theory Issue 2 Vol. 14 (2024) P-175-177.
53. Ризаев Ж.А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. –2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
54. Романцов М.Н. с соавт. Морфологическая характеристика процессов репарации моделированных кровоточащих дефектов желудка при лечении желпластаном и диовином //Журнал анатомии и гистологии. – 2017. –Т. 6, № 1. – С. 81-86.
55. Садыков Р.А., Исмаилов Б.А. и др. Биологические свойства гемостатического покрытия на основе производных целлюлозы //Медицинский журнал Узбекистана. –Ташкент -2018. -№3. –С. 92– 95.
56. Степаник Е.П. Смирнская Е.М. изменение некоторых компонентов свертывания крови у больных, перенесших массивную кровопотерю или терминальное состояние //Грудная хирургия. -1962. -№1. -С.41-47.
57. Струкова Е.Ю. [и др.] Язвенные гастродуоденальные кровотечения, аспекты эндоскопического гемостаза //Сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии 2016». - Санкт-Петербург. -2016. -С.128-129.
58. Суздальцев И.В. Анализ результатов лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии //Актуальные вопросы современной хирургии: материалы конф. хирургов Юга России. –Ростов-на-Дону. -2016. – С. 64-65.

59. Тимен Л.Я. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений //Актуальные вопросы эндоскопии. - Санкт-Петербург. -2016. - С. 216-218.
60. Тимербулатов Ш.В., Валеев М.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Стратификация риска развития неблагоприятных исходов. Эндоскопическая хирургия. 2019;25(6):5-11.
61. Ткаченко Б.И. Основы физиологии человека // СПб. -1994. -Т.2. - 412с.
62. Ткачук Е.А., Мартынович Н.Н. Возрастные особенности кроветворной и иммунной систем у детей и подростков. Методика исследования и семиотика нарушений: учебное пособие для студентов; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра педиатрии. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 116 с.
63. Тотиков З.В., Тотиков В.З., Ремизов О.В. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Медицинский вестник Башкортостана. 2022;17(1):70-77.
64. Туровец И.Г. Состояние свертывающей системы крови при некоторых хирургических заболеваниях //Клин. Хирургия. -1963. -№2. -С.8-15.
65. Тухтаев Б.Х., Нарзуллаев С.И. и др. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии //Достижения науки и образования ООО «Олимп». -2020. -№1 (55) С-79-82.
66. Усов В.В., Обыденникова Т.Н., Тыртышная О.В. и др. Опыт лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями //Вопросы науки и образования. 2019; 4(49):25–29.
67. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А., Махамадаминов А.Г. Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца //Стационар замещающие технологии: Амбулаторная хирургия. -2020;(1–2):110–116.

68. Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Ешмуратов А.Б. и др. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: вопросы эндоскопического и хирургического гемостаза (20-летний опыт клиники) //Вестник экстренной медицины. -2021. –т.14. -№6. С.5-13.
69. Хакимов Д.М., Карабаев Б.Б., Носиров М.М. Оценка клинической эффективности усовершенствованной методики эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия Узбекистана. -2020. №4 (88). –С.82-87.
70. Хакимов М.Ш., Дехконов Ж.К. Уткир гастродуоденал ярадан кон кетишни ташхислаш ва даволашда тактик ёндошувларни такомиллаштириш //Услубий тавсиянома. –Тошкент. -2023. -25б.
71. Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э. и др. Тактика лечения при кровотечениях из «трудных» язв желудка //Медицинский журнал Узбекистана. -2017. №1. –С.34-42.
72. Харитонов А.Ю., Леонов Д.И., Капустин В.А. с соавт. Желудочно-кишечные кровотечения у детей //Детская хирургия. -2017-21-5-266-273.
73. Хрипун А.И., Алимов А.Н., Асратян С.А., Сажин И.В., Чуркин А.А. Метод ускоренного выздоровления при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020; (12): 22 - 26. doi: 10.17116/hirurgia202012122.
74. Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т. и др. Практические рекомендации по применению разработанного биосовместимого имплантата «Гепроцел» для профилактики и лечения нарушения аэро- и гемостаза в хирургии легких //Журнал «Проблемы биологии и медицины». -2018. -№4(104). -С.122-137.
75. Хунафин С.Н., Зарипов Ш.А., Петров Ю.В., Власов А.Ф. Эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых хирургов. -Рязань. -2018. –17-18 мая. -С.115.

76. Шабунин А.В., Нечипай А.М., Коржева И.Ю., Макшиев А.Э. Комбинированный эндоскопический гемостаз с применением endoclot® у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии //Анналы хирургии. -2016; 21 (6).
77. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. -1955. -264с.
78. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Национальные клинические рекомендации Минздрава России //Медицинская газета №90 от 02.12.2015.
79. Abraham N.S, Barkun A.N., Sauer B.G. et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. Am J Gastroenterol. -2022 Apr 1;117(4):542-558.
80. Alali A.A., Barkun A.N. An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Rep (Oxf). -2023 Mar 20;11: goad011.
81. American Heart Association [Internet]. Dallas: American Heart Association Inc.; c2017. What is Excessive Blood Clotting (Hypercoagulation)? [updated 2015 Nov 30; cited 2017 Oct 30];
82. Antonio T. et al. Trans catheter arterial embolization versus surgery for refractory non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis //World Journal of Emergency Surgery. (2019) 14:3;
83. Antonio T., Federico C., Fausto C. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines, World Journal of Emergency Surgery 15, Article number: 3 (2020).
84. Barkun A.N., Almadi M. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group. Ann Intern Med. -2019 Dec 3;171(11):805-822.
85. Best L.M, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for Helicobacter pylori infection. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 3(3):

86. Boros E., Sipos Z., Hegyi P. Et al. Prophylactic transcatheter arterial embolization reduces rebleeding in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2021; 27(40): 6985 - 6999. doi: 10.3748/wjg.v27.i40.6985.
87. 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. – C. 29.
88. Cañamares-Orbís P., Chan FKL. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* -2019; 42–43:101608.
89. Capela T.L., Silva V.M., Freitas M. Et al. Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients Using Anticoagulants: Does the Timing of Endoscopy Affect Outcomes? *Dig Dis Sci.* -2023 Dec 20.
90. Chakravarty K., Gaur S. Role of Probiotics in Prophylaxis of Helicobacter pylori Infection // *Curr Pharm Biotechnol.* -2019; 20 (2):137-145.
91. Chang J.H., Lye T.J., Zhu H.Z. et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Prophylactic Transarterial Embolization for High-Risk Bleeding Peptic Ulcer Disease. *J Vasc Interv Radiol.* 2021; 32(4): 576 - 584. e5.
92. Chang Y.L., Tung Y.C., Tu Y.K. et al. Efficacy of second-line regimens for Helicobacter pylori eradication treatment: a systemic review and network meta-analysis. *BMJ Open Gastroenterol.* 2020; 7(1): e000472.
93. Cherednikov E.F., Barannikov S.V., Romantsov M.N. New aspects of preventive endoscopic hemostasis in the treatment of peptic ulcer bleeding in the experimental condition // *The EPMA J.* -2017. -Vol. 8, №S1. - P. 45.
94. Chiu P.W. Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding: Recent Advances // *Clin Endosc.* -2019; 52(5):416–418.
95. Davila-Collado R., Jarquin-Duran O., Dong L.T., Espinoza J.L. Epstein-Barr Virus and Helicobacter Pylori Co-Infection in Non-Malignant Gastroduodenal Disorders // *Pathogens.* -2020. -Vol. 9, № 2. -P. 104.

96. Dong Y., He S., Li X., Zhou Z. Prevention of non-vitamin K oral anticoagulants-related gastrointestinal bleeding with acid suppressants: a systematic review and meta-analysis. *Clin Appl Thromb Hemost.* -2022; 28:10760296211064896.
97. Dovjak P. [Duodenal ulcers, gastric ulcers and Helicobacter pylori](#) // *Z Gerontol Geriatr.* -2017;50 (2):159-169.
98. Dunlap J.J., Patterson S. Peptic ulcer disease // *Gastroenterol. Nurs.* -2019. -Vol. 42, № 5. -P. 451-454.
99. Forrest J.A.H., Finlayson N.D.C., Shearman D.J.C. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // *Lancet.* -1974. -№ 17. -P. 394-397.
100. [Fujishiro M.](#), [Iguchi M.](#), [Kakushima N.](#) Guidelines for Endoscopic Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Dig Endosc.* -2016 May;28(4):363-378.
101. Gralnek I.M., Camus Duboc M., Garcia-Pagan J.C. et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline // *Endoscopy.* -2022 Nov;54(11):1094-1120.
102. Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J. Et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline-Update 2021. *Endoscopy.* -2021; 53:300–332.
103. Grynychuk F.V., Dutka I.I., Panchuk I.I. et al. Justification of Genetic Factors for Predicting the Risk of Acute Bleeding in Peptic Ulcer Disease // *J. Med. Life.* -2020. -Vol. 13, № 2. -P. 255-259.
104. Guo B., Cao N.W., Zhou H.Y. Efficacy and safety of bismuth-containing quadruple treatment and concomitant treatment for first-line *Helicobacter pylori* eradication: A systematic review and meta-analysis. *Microb Pathog.* 2021; 152: 104661. doi: 10.1016/j.micpath.2020.104661.

105. Hagel A.F., Albrecht H., Nägel A. et al. The Application of Hemospray in Gastrointestinal Bleeding during Emergency Endoscopy //Gastroenterol Res Pract. -2017;3083481.
106. Han Z., Li Y., Kong Q. et al. Efficacy of bismuth for antibiotic-resistant *Helicobacter pylori* strains eradication: A systematic review and meta-analysis. *Helicobacter*. 2022; 27(6): e12930. doi: 10.1111/hel.12930.
107. Hernandez I.A., Morell J., Mulcahy L., Luzardo D. Comparison Between Pantoprazole Intermittent Dosing and Continuous Infusion in Suspected Upper Gastrointestinal Bleeding Prior to Endoscopy: Impact of a Pharmacist-Driven Protocol to Reduce Utilization of Pantoprazole Continuous Infusion. *Cureus*. -2023 Oct 31;15(10): e48056.
108. Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K. et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis //Gastroenterology. -2017; 153:420.
109. Hu L. Li H.Y., Chen W.Q., Lao S.X., Luo Q. Ultrastructure Characteristics of Different Chinese Medicine Syndromes of *Helicobacter pylori*-Correlated Gastric Diseases //Chin J Integr Med. -2019 Oct 15.
110. Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials [published correction appears in Saudi J Gastroenterol. 2017 Mar-Apr; 23(2): 130.
111. Ian M. Gralnek, Adrian J. Stanley 3.A. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021, *Endoscopy* -2021; 53: 300–332.
112. Jimenez Rosales R., Martinez-Cara J.G., Vadillo-Calles F. Et al. Analysis of Rebleeding in cases of an upper gastrointestinal bleed in a single center series. *Rev Esp. Enferm Dig.* -2018;111(3):189–192.

113. Johnson C.H., McLean R.C. et al. An evaluation of the epidemiology, management and outcomes for perforated peptic ulcers across the North of England over 15 years: A retrospective cohort study //Int J Surg. -2019; 64:24.
114. Joseph J.Y. Sung, Philip W.Y. Chiu, Francis K.L. Chan et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 (correction dated 01 of Feb 2019). BMJ Vol/ 67, Issue 10.
115. Kamboj A.K., Hoversten P., Leggett C.L. Upper gastrointestinal bleeding: etiologies and management. MAYO CLIN PROC 2019; 94:697–703.
116. Karstensen A.L. et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline, Endoscopy International Open. -2018; 06: E1256-E1263.
117. Kherad O., Restellini S., Martel M., Barkun A. Proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding //Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. -2019;42–43:101609.
118. Ko S.W., Kim Y.J., Chung W.C. Bismuth supplements as the first-line regimen for Helicobacter pylori eradication therapy: Systemic review and meta-analysis. Helicobacter. 2019; 24(2): e12565. doi: 10.1111/hel.12565.
119. Kwok C.S., Sirker A., Farmer A.D. et al. Inhospital gastrointestinal bleeding following percutaneous coronary intervention //Catheterization and Cardiovascular Interventions. -2020; 95(1):109-117.
120. Laine L., Barkun A.N., Saltzman J.R. Et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding //Am J Gastroenterol. -2021 May 1;116(5):899-917.
121. Liang C.M., Yang S.C., Wu C.K. et al. Risk of Recurrent Peptic Ulcer Disease in Patients Receiving Cumulative Defined Daily Dose of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. J Clin Med. -2019 Oct 18;8(10). pii: E1722.
122. Mackiewicz-Pracka A., Nehring P., Przybyłkowski A. Emergency Endoscopic Interventions in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Cohort Study. Diagnostics (Basel). -2023 Dec 1;13(23):3584.

123. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T. Et al. Management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. Published online August 8, 2022. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327745.
124. McNicholl A.G., Bordin D.S., Lucendo A. et al. Combination of Bismuth and Standard Triple Therapy Eradicates Helicobacter pylori Infection in More than 90% of Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020; 18(1): 89 - 98.
125. Milling T.J., Refaai M.A., Sengupta N. Anticoagulant Reversal in Gastrointestinal Bleeding: Review of Treatment Guidelines. *Dig Dis Sci*. -2021 Nov;66(11):3698-3714.
126. Mönkemüller K., Soehendra N. Endoscopic treatments for gastrointestinal bleeding: a story of cleverness and success //Endoscopy. -2019; 51(1):5–6.
127. Mori H., Suzuki H. Update on quinolone-containing rescue therapies for Helicobacter pylori infection. *World J Gastroenterol*. 2020; 26(15): 1733 - 1744. doi: 10.3748/wjg.v26.i15.1733.
128. Nagashima K., Tominaga K., Fukushi K. et al. Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. *JGH Open*. -2018; 2:255.
129. Nyssen O.P., Bordin D., Tepes B., et al. European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg): patterns and trends in first-line empirical eradication prescription and outcomes of 5 years and 21 533 patients. *Gut*. 2021; 70(1): 40 - 54. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321372.
130. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. -2019;42-43:101610.
131. Obeidat M., Teutsch B., Rancz A. Et al. One in four patients with gastrointestinal bleeding develops shock or hemodynamic instability: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. -2023 Jul 28;29(28):4466-4480.
132. Orpen-Palmer J., Stanley A.J. Update on the management of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ Med*. -2022 Sep 28;1(1): e000202.

133. Park J.C., Kim Y.J., Kim E.H. Et al. Effectiveness of the polysaccharide hemostatic powder in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Using propensity score matching. *J Gastroenterol Hepatol.* -2018; 33:1500–1506.
134. Parth K., Prudhivi R., Palatheeya S. et al. Efficacy of *Lactobacillus reuteri* Supplementation in Eradication of *H. pylori*: A Comparison Study with Triple Drug Therapy. *Journal of Pharmaceutical Research International.* 2021; 33(52B): 151 - 159. doi: 10.9734/jpri/2021/v33i52B33611.
135. Patel S.D., Desai R., Patel U. Et al. Thirty-day readmissions after upper and lower gastrointestinal hemorrhage: a national perspective in the United States. *J Clin Gastroenterol.* -2019; 53:582–90.
136. Prosenz J., Stättermayer M.S., Riedl F., Maieron A. Adherence to guidelines in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding (UGIB) - results from a retrospective single tertiary center registry. *Scand J Gastroenterol.* - 2023 Jul-Dec;58(8):856-862.
137. Rassameehiran S., Teerakanok J., Suchartlikitwong S., Nugent K. Utility of the Shock Index for Risk Stratification in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *South Med J.* 2017; 110(11): 738 - 743.
138. Saltzman J.R. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2024 UpToDate.
139. Shinozaki S., Kobayashi Y., Osawa H. et al. Effectiveness and Safety of Vonoprazan versus Proton Pump Inhibitors for Second-Line *Helicobacter pylori* Eradication Therapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Digestion.* 2021; 102(3): 319 - 325. doi: 10.1159/000504939.
140. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017; 356: i6432. Published 2017 Jan 4.
141. Sung J.J., Chiu P.W., Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 [published correction appears in *Gut.* 2019 Feb; 68(2): 380. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276corr1]. *Gut.* 2018; 67(10): 1757 - 1768.

142. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020; 15: 3. Published 2020 Jan 7. doi: 10.1186/s13017-019-0283-9.
143. Taveras L.R., Weis H.B., Weis J.J. et al. Acute Gastrointestinal Bleeding. *The SAGES Manual of Acute Care Surgery //Springer Cham.* -2020; 157-184.
144. Tsujita K., Deguchi H., Uda A., Sugano K. Upper gastrointestinal bleeding in Japanese patients with ischemic heart disease receiving vonoprazan or a proton pump inhibitor with multiple antithrombotic agents: A nationwide database study // *J Cardiol.* -2020; 76(1):51-57.
145. Vitali F., Naegel A., Atreya R. Et al. Comparison of Hemospray[®] and Endoclot[™] for the treatment of gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol.* -2019;25(13):1592-1602.
146. Wadewitz E., Friedrichs J., Grilli M. et al. Approaches for the treatment of perforated peptic ulcers: a network meta-analysis of randomised controlled trials - study protocol. *BMJ Open.* 2024; 14(3): e082732. Published 2024 Mar 18. doi: 10.1136/bmjopen-2023-082732.
147. Washington D.C. American Association for Clinical Chemistry; c2001–2017. Coagulation Factors: The Test [updated 2016 Sep 16; cited 2017 Oct 30]; [about 4 screens]. Available from: <https://labtestsonline.org/understanding/analytes/coagulation-factors/tab/test>.
148. Wilkins T., Wheeler B., Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management // *Am Fam Physician.* -2020; 101(5):294–300.
149. Yang H., Pan C., Liu Q. Et al. Correlation between the Glasgow-Blatchford score, shock index, and Forrest classification in patients with peptic ulcer bleeding // *Turk J. Med. Sci.* -2020. -Vol. 50, № 4. -P. 706-712.
150. Yeo Y.H., Hsu C.C., Lee C.C. et al. Systematic review and network meta-analysis: Comparative effectiveness of therapies for second-line *Helicobacter pylori* eradication. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019; 34(1): 59 - 67.

151. Yoshihisa A., Kanno Y., Ichijo Y. Et al. Incidence and subsequent prognostic impacts of gastrointestinal bleeding in patients with heart failure //Eur J Prev Cardiol. -2020; 27(6):664-666.
152. Zagari R.M., Dajti E., Cominardi A. et al. Standard Bismuth Quadruple Therapy versus Concomitant Therapy for the First-Line Treatment of Helicobacter pylori Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2023; 12(9): 3258.
153. Zeyara A., Thomasson J., Andersson B. Tingstedt B. Fast-track recovery after surgery for perforated peptic ulcer safely shortens hospital stay: A systematic review and meta-analysis of six randomized controlled trials and 356 patients. World J Surg. 2024; 48(7): 1575 - 1585.
154. Zhang J., Diao P., Zhang L. Intravenous versus oral omeprazole on patients with high risk bleeding peptic ulcers: A prospective randomized clinical trial protocol. Medicine (Baltimore). -2021 Apr 9;100(14): e25136.
155. Zhang M., Liu D., Wang Q. Et al. Gastrointestinal bleeding in patients admitted to cardiology: risk factors and a new risk score //Hellenic J Cardiol. -2020: S1109-9666(20)30163-9.