

**RISK FACTORS AND FEATURES OF TREATMENT OF ACUTE  
GASTRODUODENAL BLEEDING IN SEVERELY BURNED PATIENTS**  
**Fayazov A.D.<sup>1</sup>, Babajanov A.S.<sup>2</sup>, Akhmedov A.I.<sup>3</sup>, Toirov A.S.<sup>4</sup>, Makhmudov S.B.<sup>5</sup>,  
Djalolov D.A.<sup>6</sup> (Republic of Uzbekistan) Email: Fayazov369@scientifictext.ru**

<sup>1</sup>Fayazov Abdulaziz Djalilovich – Doctor of Medical Sciences, Professor;

<sup>2</sup>Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich – Candidate of Medical Sciences, Docent;

<sup>3</sup>Akhmedov Adkham Ibadullaevich – Assistant;

<sup>4</sup>Toirov Abdukhomid Suvonkulovich – Assistant;

<sup>5</sup>Makhmudov Saydin Botirovich – Assistant;

<sup>6</sup>Djalolov Davlatshokh Abduvokhidovich – Student,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES, PEDIATRIC FACULTY,

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,

SAMARKAND,

REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER OF EMERGENCY MEDICAL CARE, TASHKENT,

REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** acute erosive and ulcerative lesions of the gastric and duodenal mucosa occur in 10-30% of patients with severe somatic diseases. At the same time, the main pathogenetic mechanism of their formation is the insufficiency of the function of life-support organs. The most common complication of acute gastroduodenal ulcers is bleeding. At the same time, it should be noted that the overall and postoperative mortality rate for bleeding from acute ulcers remains high and reaches 28-80%. Taking into account the above, the issues of treatment of gastroduodenal bleeding in surgery remain relevant at the present time.

**Keywords:** gastroduodenal complications, combustiologia, risk factors, the burn.

**ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЕННЫХ**  
**Фаязов А.Д.<sup>1</sup>, Бабажанов А.С.<sup>2</sup>, Ахмедов А.И.<sup>3</sup>, Тоиров А.С.<sup>4</sup>, Махмудов С.Б.<sup>5</sup>,  
Джалолов Д.А.<sup>6</sup> (Республика Узбекистан)**

<sup>1</sup>Фаязов Абдулазиз Джаллилович – доктор медицинских наук, профессор;

<sup>2</sup>Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич – кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>3</sup>Ахмедов Адхам Ибадуллаевич – ассистент;

<sup>4</sup>Тоиров Абдухomid Сувонкулович – ассистент;

<sup>5</sup>Махмудов Сайдин Ботирович – ассистент;

<sup>6</sup>Джалолов Давлатшох Абдувохидович – студент,

кафедра хирургических болезней, педиатрический факультет

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент,

Республика Узбекистан

**Аннотация:** острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются у 10-30% больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. При этом основным патогенетическим механизмом их формирования является недостаточность функции органов жизнеобеспечения. Наиболее частым осложнением острых гастродуоденальных язв является кровотечение. При этом следует отметить, что общая и послеоперационная летальность при кровотечениях из острых язв остается высокой и достигает 28-80%. Учитывая вышеизложенное, вопросы лечения гастродуоденальных кровотечений в хирургии остаются актуальными в настоящее время.

**Ключевые слова:** гастродуоденальные осложнения, combustiология, факторы риска, ожог.

**Цель исследования:** провести комплексный анализ результатов лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями у тяжелообожженных.

**Материалы и методы исследования.** В ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в течение последних 5 лет пролечено 57 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Средний возраст пациентов составил 57±19 лет, из них старше 60 лет было 51,4%. По локализации острых язвенных поражений: у 13 (22,8%) пациентов – в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 27 (47,2%) – в желудке, у 17 (30%) – множественные язвы в желудке и ДК. Анализ основных причин развития патологии показал, что 22 (38,6%) больной доставлен с кровотечением в хирургическое отделение скорой помощью, 35 (61,4%) – переведены из различных

подразделений стационаров (отделения терапевтического профиля – 22, хирургического – 5, реанимационного – 8).

У 89,1% пациентов, поступивших из отделений стационара, причиной образования кровоточащих острых язв было осложненное течение основного заболевания либо его декомпенсация. При этом установлено, что у 66,1% больных не проводилась профилактика острых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ по существующим стандартным схемам. Согласно этиологической классификации нами были выделены 3 группы пациентов: 1 – связанные с приемом лекарственных препаратов обладающих ulcerогенным действием – 9 (16%); 2 – стрессовые язвы (в том числе послеоперационные) – 8 (14%); 3 – острые язвы, обусловленные тяжелой соматической патологией у больных пожилого и старческого возраста – 24 (42%). У 15 больных (28%) – имелось сочетание иницирующих факторов. Как показал проведенный анализ, у 34 пациентов (60,0%) имела место декомпенсация острых и хронических соматических заболеваний, часто осложненных синдромом полиорганной недостаточности. При этом было обнаружено, что у 32 больных (56%) отмечено поражение более 2-х систем жизнеобеспечения, наиболее частыми были проявления ИБС, хронических неспецифических заболеваний легких и цереброваскулярной болезни. То есть, проведенный комплексный анализ историй болезни показал, что к факторам риска развития осложненных кровотечением острых язв относятся: пожилой возраст, снижение физической активности, органная дисфункция. В связи с чем при обнаружении этих неблагоприятных факторов обязательно должна проводиться профилактика эрозивно-язвенных поражений ЖКТ. Связь возникновения острых изъязвлений с приёмом лекарственных препаратов отмечена у 24 (42%) больных пожилого возраста. Наиболее часто это прием НПВП. В этой группе преобладали пациенты более молодого возраста (до 50 лет – 56,3%). К факторам, повышающим риск развития медикаментозных гастропатий, относятся сочетанные и декомпенсированные формы заболеваний: сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, сахарного диабета; снижение физической активности; одновременный прием антикоагулянтов, глюкокортикостероидов и НПВП. При сочетании 2 и более перечисленных факторов риск развития эрозивно-язвенных поражений ЖКТ увеличивается в 2 раза. Доля осложненных форм (кровотечение) острых язв, связанных с проведением операции, составила 15,2%. Срок развития – 3-6-е послеоперационные сутки, и наблюдались в основном (у 80,0%) при осложненном течении послеоперационного периода и прогрессировании органной дисфункции. Дополнительными факторами риска развития послеоперационных острых язв являлись: длительная искусственная вентиляция легких (более 48 часов); коагулопатии, ДВС-синдром; развитие выраженной органной дисфункции; артериальная гипотензия и шок; алкоголизм; лечение глюкокортикоидами; длительная назогастральная интубация. Все эти факторы являются абсолютным показанием для проведения профилактики стрессовых язв.

При лабораторном исследовании анемия отмечена у 46 больных (81%). При этом у 13 пациентов (23%) Hb был ниже 60 г/л. Первичная эндоскопическая картина степени гемостаза позволила выделить три группы больных: у 8 больных (14%) установлено активное кровотечение из одной или нескольких острых язв (F IA, F IB); у 21 (37%) – состоявшееся кровотечение (F IIA, F IIB) со средней или тяжелой кровопотерей; у 29 больных (51%) – F IIC, F III при наличии клинической манифестации желудочно-кишечного кровотечения. Срок выполнения повторной ЭГДС зависел от надежности выполненного первичного гемостаза и в среднем составил 1-5 дней.

Основным методом лечения кровотечения из острых гастродуоденальных язв является эндоскопический гемостаз. От успешности этого этапа во многом зависит исход лечения пациентов с острыми язвами. При продолжающемся кровотечении (13,3%) преимущественно использовали комбинированные способы гемостаза, сочетая инъекционные способы и термические. При состоявшемся кровотечении у пациентов с высоким риском рецидива осуществляли эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения (АПК в монорежиме). Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех 8 пациентов с активным кровотечением. В группе высокого риска рецидива проводился эндоскопический контроль гемостаза, контрольную ЭГДС выполняли через 1-5 суток после первичного обследования. При каждой ЭГДС оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводили профилактику кровотечения. Все пациенты получали стандартизированную консервативную терапию: инфузионно-трансфузионную, внутривенное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов, (пантопрозол, контролок 40 мг и по 8мг/час непрерывно). С 3 суток переводили на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

**Результаты и их обсуждения.** После первичного эндогемостаза рецидив кровотечения отмечен у 2 пациентов (3,5%), все они были из группы высокого риска. При этом отмечено, что у всех больных рецидив кровотечения возник на фоне нарастания органной недостаточности. Повторный эндогемостаз был эффективен у 1 больного. Этого больного в связи с неэффективностью консервативной терапии, включая повторный эндогемостаз, оперирован. У обоих пациентов с рецидивом кровотечения острые

язвы были множественными и локализовались в желудке. Объем хирургического вмешательства гастротомия с прошиванием язв.

В анализируемой группе умерло 3 больных (5%). Основная причина летального исхода – прогрессирование полиорганной недостаточности.

**Выводы:**

1. Лечение больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв является актуальной проблемой хирургии. Учитывая, что они являются вторичными для них наиболее справедливо положение о том, что проще эту патологию предупредить, чем лечить ее проявления.

2. Профилактика возникновения и в последующем рецидивов кровотечения из острых язв заключается, прежде всего, в проведении адекватной антисекреторной терапии и лечении органной недостаточности.

*Список литературы / References*

1. *Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.* «Выбор хирургической тактики лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях». Международный научный журнал: Наука и Мир. № 4 (80), 2020. Том 2. Стр. 62-65.
2. *Батырова А.Н., Бердалина Г.С.* Роль стресса и адаптации в развитии эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. № 2(2), 2014. С. 24-25.
3. *Abdovokhidovich D.D., Nuralievich S.R. & Shavkatovna Y.S.* (2019). Prediction of postoperative intrabrusive purulent complications with appendicular peritonitis in children. Вопросы науки и образования, (20 (67)).
4. *Sultanbayevich B.A., Suvonkulovich T.A. & Ibodullayevich A.A.* (2020). TACTICS OF TREATMENT OF THYROID NODULES BASED ON THE GRADING SCALE. Academy. (4 (55)).
5. *Фаязов А.Д., Шарипова В.Х., Нарзиев М.М., Назарова Ф.С.* // Особенности инфузионной терапии у обожженных больных с критическими термическими поражениями. Жизнеобеспечение при критических состояниях, Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Москва, 2019. С. 105-106.
6. *Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С.* Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста. // Скорая медицинская помощь России, 2020; 21(3):54-57.
7. *Shonazarov I., Karabaev J., Akhmedov S., Akhmedov A. & Djalolov D.* ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TACTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE NECROTIC PANCREATITIS. European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 7(03), 2020.
8. *Фаязов А., Саримсаков А., Камиллов У. & Юнусов Х.* (2020). Перспективы применения раневых покрытий в комбустиологии. Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi, 2020. 13 tom. 4-son. 13(4), 86.
9. *Babajanov A.S., Akhmedov A.I., Salokhiddinov J.B., Musoev S.T. & Djalolov D.A.* (2020). Risk factors affecting the prognosis of autodermoplasty in patients with various skin defects. Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения. DOI: 10.26739/conf\_01/05/2020.
10. *Babajanov A.S., Toirov A.S., Muminov F.O., Ahmedov A.I. & Ahmedov G.K.* (2013). Choices in surgical treatment of thermal burns. Science and world. 24.