

## ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.

**Б. М. Иминов**

Андижанский государственный медицинский институт

### АННОТАЦИЯ

Операция по резекции желудка — сложная процедура, предполагающая удаление части желудка по различным медицинским показаниям. Хотя операция может спасти жизнь, пациенты, перенесшие резекцию желудка, подвергаются риску развития послеоперационных осложнений. В данной статье мы остановимся на факторах, которые могут способствовать развитию прогрессирующих осложнений в послеоперационном периоде после операции резекции желудка.

Ряд факторов могут способствовать развитию прогрессирующих осложнений в послеоперационном периоде после операции по резекции желудка. От плохого заживления ран и инфекций до неадекватного обезболивания и факторов, связанных с пациентом, поставщикам медицинских услуг важно выявлять и устранять эти факторы, чтобы минимизировать риск осложнений и способствовать успешному выздоровлению пациентов, перенесших резекцию желудка. Понимая и учитывая эти факторы, поставщики медицинских услуг могут улучшить результаты лечения пациентов и повысить общее качество предоставляемой помощи.

**Ключевые слова:** факторы развития, прогрессирующее осложнение, послеоперационный период, резекция желудка

### ВВЕДЕНИЕ

Резекция желудка — это хирургическое вмешательство, которое применяется для лечения различных заболеваний желудка, включая рак. Однако послеоперационный период может быть осложнен различными проблемами, включая прогрессирующие осложнения, которые могут повлиять на результаты лечения пациента [1].

Существует несколько факторов, которые могут способствовать развитию прогрессирующего осложнения в послеоперационном периоде после резекции желудка. Первым из них является структурная особенность оперативной техники. Некорректно

выполненная резекция, неполное удаление опухоли или повреждение близлежащих сосудов или органов могут привести к развитию осложнений.

Очень важным фактором является состояние общего здоровья пациента до операции. Присутствие сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, болезни сердца или почек, может увеличить риск возникновения осложнений после резекции желудка. Наличие ожирения или недостаточного питания также может негативно сказаться на процессе выздоровления [2, 3]. Еще одним фактором, способствующим развитию прогрессирующих осложнений, является нарушение послеоперационного ухода. Недостаточная реабилитация, нарушение режима и рекомендаций врачей, неадекватная медикаментозная поддержка – все это может привести к возникновению осложнений и ухудшить прогноз для пациента [4].

Главным образом, чтобы избежать прогрессирующих осложнений в послеоперационном периоде после резекции желудка, необходимо строго соблюдать все рекомендации врачей по проведению операции, послеоперационному уходу и реабилитации [5]. Также важно избегать факторов риска, которые могут негативно повлиять на результаты лечения. В случае возникновения каких-либо осложнений, необходимо немедленно обратиться к врачу для проведения соответствующего лечения и предотвращения возможных осложнений [6, 7].

**Цель исследования:** Определить влияние факторов, способствующих развитию прогрессирующего осложнения в послеоперационном периоде после резекции желудка, на развитие анемии у пациентов.

**Методы исследования:** клинические, клинико-инструментальные, статистические.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для достижения поставленной нами цели мы установили необходимость провести следующие задачи исследования: изучить литературу и данные о факторах, влияющих на развитие осложнений в послеоперационном периоде после резекции желудка; провести анализ факторов, связанных с общим состоянием пациентов, таких как сопутствующие заболевания, недостаточное питание, ожирение или недостаточная физическая активность; исследовать влияние технических аспектов оперативной техники на развитие осложнений и их влияние на уровень гемоглобина у пациентов после резекции желудка; оценить качество послеоперационного ухода и его влияние на развитие анемии у пациентов;

провести статистический анализ данных и выявить взаимосвязь между факторами, способствующими развитию прогрессирующего осложнения и уровнем гемоглобина после резекции желудка, а также сделать выводы о влиянии факторов проведенного исследования на развитие анемии у пациентов после резекции желудка и предложить рекомендации для снижения риска развития осложнений и анемии у данной категории пациентов.

В период 2017-2022 годов в комплексном медицинском центре Андижанской области и отделении СМП Андижанского района под наблюдением медицинской бригады прошли лечение 128 больных с диагнозом язва желудка и двенадцетиперстной кишки. Кроме того, под наблюдением находились 12 обследуемых молодых людей в возрасте 20–35 лет без каких-либо проблем с желудочно-кишечным трактом на предмет заболеваний желудочно-кишечного тракта и пищеварительного тракта.

После срединной резекции изучали клинико-гематологическую характеристику больных с дальнейшим обследованием. По возрастным группам пациенты были разделены на следующие категории: лица молодого возраста, средний возраст, пожилые и гериатрические пациенты. Большинство пациентов приходилось на возрастной диапазон 31-40 лет, минимум 20 лет и максимум 60 лет, средний возраст составил  $38,4 \pm 0,92$  года.

Уровень гемоглобина разделили на три группы: легкую (уровень гемоглобина 90–110 г/л), среднюю (70–90 г/л) и тяжелую (менее 70 г/л). Результаты нашего исследования показали, что в основной группе больных преобладала анемия легкой степени тяжести, составляющая 55,5% (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по степени тяжести анемии

Уровень тяжести	Число чел.	%	M±m
Здоровые	12	-	123,3±1,09
Легкий (до 90 г/л)	71	55,5	92,0±0,24
Средней тяжести (до 60 г/л)	32	25,0	62,5±0,44
Тяжелый (ниже 60 г/л)	25	19,5	43,1±0,63
Всего:	140	100	79,2±1,99

Гемоглобин является ключевым показателем в оценке анемии. Средняя концентрация гемоглобина у больных с диагнозом ЖДА в анализах крови составила  $75,1 \pm 1,78$  г/л, тогда как в контрольной группе этот показатель составил  $123,3 \pm 1,09$  г/л. Для полной оценки анемии помимо гемоглобина исследовали и другие

показатели обмена железа. Среди них были проанализированы уровни способность удержания железа в сыворотке (SERV), тест сывороточного железа (SRT) и коэффициент насыщения железа трансферрина (TTS). Результаты свидетельствовали о значительном снижении уровня связывания железа с трансферрином у пациентов с резекцией желудка и диагнозом ЖДА. Этот показатель имеет важное значение для оценки обмена железа и оценки эффективности лечения железодефицита. Низкая насыщенность трансферрина может указывать на недостаточное поступление железа из пищи, особенно после резекционной операции у пациентов. Уровни насыщения трансферрина снижаются у пациентов, перенесших резекционную операцию и у которых диагностирован дефицит железа. Низкий коэффициент насыщения трансферрина может свидетельствовать о нехватке железа в организме вследствие анемии, которая может быть одной из причин дефицита железа в организме. Понимание этого показателя может дать более глубокое понимание метаболизма железа у пациентов и помочь оптимизировать эффективное лечение этого заболевания.

В клинике проводится исследование на железо у больных железодефицитной анемией, что позволяет провести детальный анализ общей железосвязывающей способности (ОСЖС) у пациентов, перенесших гастрэктомию. Этот тест необходим для определения оптимального лечения и контроля дефицита железа. Мы сочли необходимым изучить прогрессирование ЖДА у обследованных нами больных, начиная с момента обращения в стационар традиционным способом. Жалобы у всех пациентов (n=128) выявлены. При опросе пациентов мы обнаружили, что у 8 пациентов тестирование ЖДА проводилось впервые, у 19 пациентов - более 10 лет, у 60 пациентов - 5-10 лет, а у 41 пациента тестирование ЖДА проводилось в течение 5 лет (табл. 2).

Таблица 2

### Показатели клинического анамнеза у обследованных пациентов

Длительность течения анемии	Число пациентов	%	Ср. возраст пациентов	Ср. уровень Нв (г/л)
Впервые	8	6,3%	38,1±2,1	79,4±6,56
До 5 лет	41	32,0%	37,5±1,59	76,0±3,27

5-10 лет	60	46,9%	38,5±1,41	72,9±2,63
Более 10 лет	19	14,8%	39,4±2,51	78,5±4,47
Всего:	128	100%	38,4±0,92	75,1±1,78

При изучении распространенности заболеваний в организации исследование показало, что лица, которые идентифицировали себя как больные в течение 5-10 лет с уровнем гемоглобина в диапазоне 60 среди 5-10 человек, имели самый низкий показатель. Напротив, среди 8 человек, у которых заболевание было диагностировано впервые, более высокий уровень гемоглобина наблюдался у тех, кто узнал о своем заболевании, в среднем  $79,4 \pm 6,56$  ммоль/л. Это подчеркивает, что лица, которые считали себя больными ТТК в течение 5-10 лет, составили существенную часть исследования, составив основу исследования.

При исследовании железодефицитной анемии установлено, что лица, которые в течение 5-10 лет считали себя больными из-за снижения уровня гемоглобина в крови, имели самый низкий показатель среди 60 человек с размахом 5-10. многолетний опыт болезни. Напротив, у тех, кто узнал о своем состоянии во время первого осмотра, уровень гемоглобина был выше, в среднем  $79,4 \pm 6,56$  ммоль/л у 8 человек. Это говорит о том, что люди, которые считают себя больными в течение 5-10 лет из-за железодефицитной анемии, часто составляют существенную часть исследований.

В ходе проведенных исследований отмечено, что наиболее распространенной формой заболеваний желудка за период исследования был хронический гастрит, при этом данные свидетельствуют о том, что атрофический и поверхностный гастрит выявлен в 62,5% случаев, а хронический холецистит - в 52,3%. случаев на основании микроскопических исследований. Кроме того, при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявлены рефлюкс-гастрит и дуоденит. Семейные врачи не проводили дифференциальную диагностику в амбулаторных условиях. Диагноз хронического гастрита был установлен на основании клинических жалоб и данных ФГДС без гистологического исследования. На основании заключений эндоскопического исследования выявлен постгастрэктомический анастомоз и тотальный атрофический гастрит. Причины вторичной анемии не выявлены.

После срединной резекции среди 128 пациентов, имевших осложнения, потенциально возможно развитие различных других заболеваний: нарушений сердечной деятельности - у 5,4% (7), ревматизма - у 2,2% (3), миокардиодистрофии - у 11,2% (14), хронического бронхита - у 9,2% (12), хронический пиелонефрит - 3,1% (4), нарушения



опорно-двигательного аппарата – 2,4% (3), сахарный диабет – 0,8% (1).

## ВЫВОД

В результате исследования, проведенного по изучению резекции желудка и его последствий с углубленным изучением анемии, было установлено, что анемия действительно является одним из важных факторов развития осложнений после данной хирургической процедуры.

У пациентов с анемией происходит снижение уровня кислорода в организме, что может привести к нарушению процессов заживления ран и общему замедлению восстановления после операции. Кроме того, анемия усугубляет течение других осложнений, связанных с резекцией желудка, таких как инфекции, недостаток питательных веществ и снижение иммунитета.

Поэтому, учитывая важность анемии как фактора риска для развития осложнений после резекции желудка, рекомендуется проводить регулярное мониторинг уровня гемоглобина у пациентов после операции. В случае выявления анемии, необходимо своевременно корректировать лечение, включая прием железосодержащих препаратов, витаминов и назначение кровезаменителей при необходимости.

Таким образом, осознание анемии как потенциально опасного фактора развития осложнений после резекции желудка и принятие соответствующих мер по ее контролю и лечению является важным шагом для улучшения результатов лечения и снижения риска осложнений у данной категории пациентов.

В связи с этим для улучшения контроля и лечения анемии у пациентов после резекции желудка, рекомендуется следующее:

1. Регулярное мониторинг уровня гемоглобина и других показателей анемии после операции. Это позволит своевременно выявить развитие анемии и принять необходимые меры по ее коррекции.

2. Применение железосодержащих препаратов и витаминов для компенсации дефицита железа и других питательных веществ, способствующих улучшению состояния крови.

3. Оптимизация питания пациентов, включая рацион, богатый железом, витаминами и другими необходимыми элементами, способствующими здоровому состоянию крови.

4. Планомерное восстановление физической активности и общего состояния пациентов после операции, что также может способствовать нормализации уровня гемоглобина.

5. Необходимость индивидуализированного подхода к лечению анемии в зависимости от ее причин и тяжести случая.

6. Важность своевременного лечения основного заболевания, такого как рак желудка, чтобы уменьшить риск осложнений и снизить давление на организм.

7. Следование рекомендациям врача и регулярные контрольные обследования для своевременного выявления, и коррекции анемии.

Следует помнить, что успешное лечение анемии у пациентов после резекции желудка играет важную роль в улучшении их общего состояния после операции и снижении вероятности развития серьезных осложнений.

## REFERENCES

1. Гуреев И. И. Анализ результатов хирургического лечения перфоративных язв желудка // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 414-416.

2. Kallianpur A. R. et al. Higher iron stores and the HFE 187C> G variant delay onset of peripheral neuropathy during combination antiretroviral therapy // Plos one. – 2020. – Т. 15. – №. 10. – С. e0239758.

3. Ивашкин В. Т. и др. 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. – 2020. – Т. 30. – №. 1. – С. 49-70.

4. Анохина Г. Болезни пищевода, желудка и кишечника. – Litres, 2022.

5. Каримов Ш. И. и др. Выбор метода хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Вестник экстренной медицины. – 2015. – №. 4. – С. 5-9.

6. Назыров Ф. Г., Нишанов М. Ф. Обоснование гастродуоденоанастомоза с экономной резекцией желудка в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Медицина неотложных состояний. – 2014. – №. 1 (56). – С. 37-40.

7. Чечулин Е. С. Подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в историческом аспекте // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – №. 1-1 (91). – С. 83-86.