

Бобокулов А.У.

Самаркандский Государственный медицинский университет

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСЛОЖНЁННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

Аннотация: В данной статье рассматривается один из главных проблем экстренной хирургии – кровотечению из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности клинической картины, диагностики и тактики лечения. Улучшение результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений - это, прежде всего определение правильных показаний к выполнению неотложных хирургических вмешательств, в первую очередь с позиций прогнозирования рецидива язвенного кровотечения и расширения, таким образом, показаний к срочным оперативным вмешательствам.

Ключевые слова: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение, эндоскопическая коагуляция, операция.

Бобокулов А.У.

Самарқанд Давлат тиббиёт университети

ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИДА АСОРАТЛАНГАН ҚОН КЕТИШНИНГ РИВОЖЛАНИШИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ОМИЛЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Аннотация: Ушбу мақола шошилиш жарроҳликдаги асосий муаммолардан бирини - ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетишини ўрганади. Шунингдек, клиник кўриниш, ташхис ва даволаш стратегиялари ҳам ўрганилади.

Калит сўзлар: ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари, қон кетиши, эндоскопик коагуляция, жарроҳлик.

Bobokulov A.U.

Samarkand State Medical University

FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF COMPLICATED BLEEDING IN GASTRIC AND DUODENAL ULCER DISEASE (A REVIEW OF THE LITERATURE)

Abstract: This article examines one of the main problems in emergency surgery: bleeding from gastric and duodenal ulcers. It also examines the clinical presentation, diagnosis, and treatment strategies.

Keywords: gastric and duodenal ulcers, bleeding, endoscopic coagulation, surgery.

В хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений, успехи последних лет связаны,

прежде всего, с развитием и внедрением в клиническую практику органосохраняющих, менее инвазивных операций. Широкое внедрение, эндоскопических и эндоваскулярных методов гемостаза также не позволило избежать основной причины неблагоприятных исходов лечения - рецидива кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, приводящего к летальному исходу у 70-65% пациентов. Улучшение результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений - это, прежде всего определение правильных показаний к выполнению неотложных хирургических вмешательств, в первую очередь с позиций прогнозирования рецидива язвенного кровотечения и расширения, таким образом, показаний к срочным оперативным вмешательствам.

Цель исследования разработать принципов оптимальной лечебной тактики при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением из язвы.

Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами работы, клиническую часть исследования составили 62 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением из язвы, находившихся на лечении в 2023-2024 годах в Самаркандском филиале РНЦЭМП. В возрасте до 50 лет наблюдали 26 пациентов (41,9%), а старше 50 лет – 36 больных (58,1%).

У 26 (41,9%) пациентов имело место кровотечение из дуоденальной язвы, у 36 (58,1%) из язвы желудка, что в целом отражает частоту осложненных язв данной локализации. Необходимо подчеркнуть, что в настоящем исследовании пациенты с сочетанной локализацией язвы желудка и 12-перстной кишки отнесены в группу кровоточащих язв желудка II типа. Соотношение пациентов мужского и женского пола в исследуемом материале составила соответственно 38 (90,5%) мужчин и 4 (9,5%) женщин, что также коррелирует с пропорциями пола больных с осложненной язвенной болезнью.

У 38 (61,3%) исследованных больных кровотечение из язвы явилось первым проявлением язвенной болезни; в целом длительность язвенного анамнеза составила 10,7±3,1 лет, а 24 (38,7%) больные перенесли в анамнезе различные оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений. Оценка степени тяжести кровопотери проводилась в соответствии с классификацией А.И.Горбашко. У 37 пациентов (59,7%) имело место кровопотеря легкой степени: у 18 (29%) – средней степени тяжести, а у 7 (11,3%) больных расценена как тяжелая.

При поступлении больного с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в хирургический стационар клинико-инструментальное обследование было стандартизировано и включало, помимо сбора анамнеза, общего клинического осмотра и желудочного лаважа, эзофагогастродуоденоскопию, оценку степени тяжести кровопотери, а также лабораторные исследования (общий, биохимический анализы крови и мочи). Эндоскопическая диагностика проведена всем пациентам. У 2-х пациентов в связи с невозможностью выполнения ЭГДФС (выраженный кифосколиоз позвоночника, рубцовые структуры пищевода) было выполнено рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Во время эндоскопического осмотра основное внимание уделяли выявлению источника кровотечения, его локализации, размерам язвенного дефекта и его глубине. Обращали внимание на наличие признаков состоявшегося кровотечения в желудке (содержимое типа "кофейной гущи", свежая

кровь или сгустки крови). Оценивали, продолжается ли кровотечение или наступила его остановка, а также определяли, имеются ли эндоскопические признаки угрозы рецидива кровотечения (тромбированные сосуды, сгустки в язве и другие). Отмечали наличие сопутствующих патологий в пищеводе желудка и двенадцатиперстной кишке.

В наших исследованиях (при выявлении кровотечения) мы использовали классификацию по J.A Forrest (1974 г). Точность эндоскопической диагностики составила 96,2%. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением из язвы, преследует три главные цели: остановку кровотечения, профилактику его рецидива и ликвидацию последствий острой кровопотери.

С позицией современной хирургической гастроэнтерологии данный методический подход, предполагает возможным использование консервативных, хирургических и эндоскопических способов лечения.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования все эти методы также были использованы в лечении 42 пациентов, включенных в клинический материал данной работы. Принципы традиционного консервативного лечения больных

В основу традиционной консервативной терапии заложены три принципиальных тактических подхода:

- 1) противоязвенное лечение,
- 2) гемостатическая терапия,
- 3) коррекция последствий острой кровопотери.

В рамках традиционного противоязвенного лечения пациенты получали периферические холинолитики (платифиллин, атропин), миотропные спазмолитики (но-шпа, галидор), обволакивающие и адсорбирующие средства (альмагель, симальгель фосфолюгель) в стандартных дозировках; назначали локальную гипотермию желудка, строгий постельный режим и диету Мейленграхта в течение первых трех суток. Некоторым пациентам назначали гастрोцепин, омез, квамател по стандартным схемам.

Гемостатическая терапия включала в себя внутривенные инфузии эпсилонаминокапроновой кислоты 5%, хлорида кальция 10%, тремин, дицинона под контролем показателей коагулограммы.

Восполнение дефицита ОЦК осуществляли за счет проведения инфузионно-трансфузионной терапии включающей по показаниям (средняя и тяжелая степень кровопотери) гемотрансфузии однокрупной крови либо эритроцитарной массы. Расчет инфузионно-трансфузионной терапии производился по методике В.Н. Шабалина (1998). Лечение больных со средней и тяжелой степенью кровотечения начинали в условиях отделения хирургической реанимации; больные с кровопотерей легкой степени тяжести получали лечение в общем хирургическом стационаре.

В рамках терминологических подходов к определению сроков операции, используемых большинством хирургических клиник, оперативное вмешательство выполняли в экстренном срочном, и в плановом порядке.

Экстренные операции выполняли в течение 2 часов после определения кровотечений,

показания к ним: продолжающееся из язвы кровотечения при неэффективной эндоскопической остановки, либо рецидив кровотечения в стационарных условиях. Такая операция выполнена 2 больным. Срочные операции выполняли через 24-48 часов от определения к ним показаний (угрозы рецидива кровотечения) после короткой предоперационной подготовки, направленной на компенсацию последствий острой кровопотери. Срочные операции выполнены 20 больным. Плановые операции выполняли через 3-4 неделя после поступления больного в стационар. Плановые операции выполнены 34 больным.

Объем неотложных операций (экстренной и срочной) выбирали в зависимости от локализации язвы, тяжести состояния выраженности кровопотери. Объем плановой операции определяли на основании тех же критериев, что при не осложненной язве, обращая особое внимание на состояние и тип желудочной секреции, наличие и степень выраженности моторно-эвакуаторных нарушений.

Методы эндоскопического лечения язвенных гастродуodenальных кровотечений

Всем пациентам проводилось эндоскопические методы остановки кровотечения. Из них Эндоскопическая электрокоагуляция проведено 32 больным, инъекционный метод (обкалыванием язвы спиртоновокаиновой смесью с адреналином) - у 26 пациентам, аргонно-плазменная коагуляция (АПК) - 7 пациентам. 28 пациентам проведено комбинация этих методов (рис. 1).

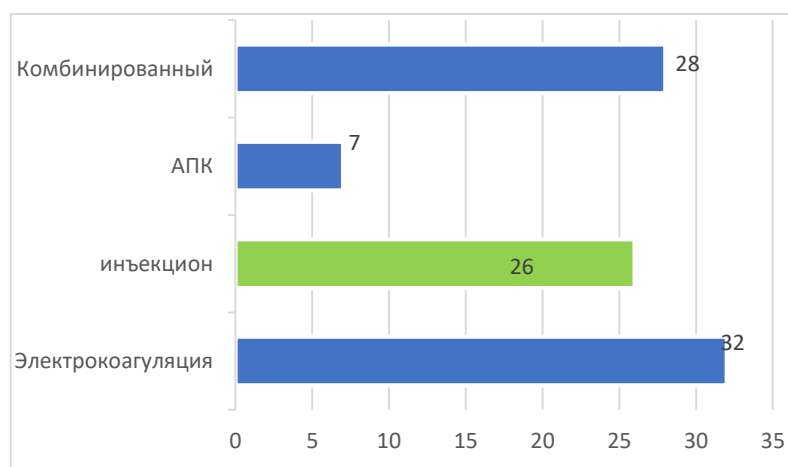


Рис. 1. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

Осложнений после исследований не отмечали; эндоскопический гемостаз достигнут у 4 (8,7%) больных. В рамках консервативного лечения у 27 пациентов было применено эндоскопическое лечение в виде аппликаций препаратов (облепиховое масло) или лечебных обкалываний язвы солкосерилом.

Таким образом, активная хирургическая тактика при язвенных гастродуodenальных кровотечениях должно основываться на оценке степени риска геморрагических рецидивов. При повторных кровотечениях показано выполнение срочного активного хирургического вмешательства в течение 24-48 часов с момента госпитализации пациента. Оптимальный объем таких операций предусматривает удалению язвенного субстрата, что, может быть достигнуто резекцией желудка. Продолжающееся кровотечения из язвы при невозможности его

эндоскопической остановки, а также рецидив кровотечения в стационаре являются показанием к экстренному оперативному вмешательству.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ачилов М. Т., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И. Гастрэктомия при желудочных кровотечениях // «Наука и мир» Международный научный журнал, Россия, г. Волгоград. № 7 (83), 2020, Стр 62-65.
2. Бабажанов А.С., Тоиров А.С., и соавт. - Анализ результатов хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // МатериалыXXXIV Международной научно-практической интернет-конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации»30.03.2018 г. стр. 563-567.
3. Даминов Ф.А., Бобокулов А.У. Патогенетические факторы гастродуоденальных кровотечений. // Проблемы биологии и медицины. 2024 №4 (155). С. 390-392.
4. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. «Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллора-Вейсса. Хирургия. 2003 г. №10. стр.35-41.
5. Сатторова С.Ж., Худайназаров У.Р., Ахмедов Г.К. Тактика лечения при кровотечениях язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Материалы XV конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» 24.04.2020 г. г.Душанбе. стр. 217-218.
6. Сулаймонов А.Л., Ахмедов Г.К., Худайназаров У.Р., Обидов Ш.Х. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях у пожилых больных. // “ХИСТ” Всеукраинский журнал студентов и молодых учёных.стр. 626. 18.2016.
7. Тарасенко С. В. Хирургия осложнений язвенной болезни:монография / С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, В. П. Кочуков. – М.:Прспект, 2015. – 242 с.
8. Daminov Feruz Asatullaevich, Bobokulov Azamat Uktamovich. Factors in the development of bleeding in gastroduodenal ulcers. (Literature review) // Journal of Biomedicine and Practice. 2025, vol. 10, issue 2, pp. 87-93.
9. Fujimoto D, Taniguchi K, Kobayashi H. Double-Tract Reconstruction Designed to Allow More Food Flow to the Remnant Stomach After Laparoscopic Proximal Gastrectomy. World J Surg. 2020 Aug;44(8):2728-2735. doi: 10.1007/s00268-020-05496-0. PMID: 32236727.
10. Gulamov O.M., Ahmedov G.K., Khudaynazarov U.R., Saydullayev Z.Ya. Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. // Texas Journal of Medical Science Date of Publication:18-03-2022. A Bi-Monthly, Peer Reviewed International Journal. Volume 6. P. 47-50.
11. Rothenberg KA, Palmer BJ, Idowu O, Kim S. Laparoscopic Magnet-Assisted Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement. J Laparoendosc Adv Surg Tech A.2019 Mar; 29 (3):430-432. doi: 10.1089/lap.2018.0343. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30407112.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email
dr_gayrat@inbox.ru		