

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА (20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИКИ)

А.М. ХАДЖИБАЕВ^{1,2}, Д.Б. ТУЛЯГАНОВ, А.Б. ЕШМУРАТОВ^{1,2},
А.Г. МИРЗАКУЛОВ¹, Р.А. ЯНГИЕВ¹, М.А. ХАШИМОВ^{1,2}, Б.И. ШУКУРОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

GASTROINTESTINAL ULCER BLEEDING: PROBLEMS OF ENDOSCOPIC AND SURGICAL HEMOSTASIS (20 YEARS OF CLINICAL EXPERIENCE)

A.M. KHADJIBAEV^{1,2}, D.B. TULYAGANOV¹, A.B. ESHMURATOV^{1,2},
A.G. MIRZAKULOV¹, R.A. YANGIEV¹, M.A. KHASHIMOV^{1,2}, B.I. SHUKUROV¹

¹Republican research center of the emergency medicine

²Center for the development of professional qualification of medical workers

Цель. Анализ лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием эндоскопических и хирургических методов гемостаза.

Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения 7259 больных, госпитализированных в отдел экстренной хирургии РНЦЭМП с 2001 по 2020 г. с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 5043 (69,5%), женщин – 2216 (30,5%). Активность кровотечения на момент поступления в клинику оценивалась эндоскопически по классификации Forrest: кровотечение по Forrest IA диагностировано у 168 (2,3%), по Forrest IB – у 509 (7,0%), по Forrest IIA – у 1796 (24,7%), по Forrest IIB – у 3064 (42,2%), по Forrest IIC – у 1277 (17,6%) и по Forrest III – у 445 (6,1%) больных. Больным применялись методы эндоскопического гемостаза: диатермокоагуляция, инъекционные методы, аргонплазменная коагуляция, клипирование. При неэффективности эндоскопического гемостаза применялись методы хирургической остановки кровотечения.

Результаты. Эффективность комплексной консервативной гемостатической и противоязвенной терапии в сочетании с различными методами эндоскопического гемостаза составила 88,6%. Оперативная активность при кровотечениях из гастродуоденальных язв за исследуемый период составила 11,4% и имела тенденцию к снижению.

Заключение. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения является аргонплазменная коагуляция в сочетании с инъекционными методами.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвенные кровотечения, эндоскопический гемостаз, диатермокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, рецидив кровотечения, хирургический гемостаз.

Aim. The aim of this study was to analyze the treatment of patients with ulcer gastrointestinal bleeding using endoscopic and surgical methods of hemostasis.

Material and methods. The results of treatment of 7259 patients who were hospitalized in the Department of emergency surgery of the Republican Research Center of the Emergency Medicine from 2001 to 2020 with ulcer GI bleeding were analyzed. There were 5043 (69,5%) men, 2216 (30,5%) women. Bleeding activity at the time of admission to the clinic was assessed endoscopically according to the Forrest classification: Forrest IA bleeding was diagnosed in 168 (2.3%), Forrest IB – in 509 (7.0%), Forrest IIA – in 1796 (24.7%). Forrest IIB – in 3064 (42.2%), Forrest IIC – in 1277 (17.6%) and according to Forrest III – in 445 (6.1%) patients. There were applied the methods of endoscopic hemostasis: diathermocoagulation, injection methods, argon plasma coagulation, clipping. When endoscopic hemostasis was ineffective, bleeding control was solved surgically.

Results. In 88.6% of cases, bleeding from gastroduodenal ulcers was stopped by using complex conservative hemostatic and antiulcer therapy in combination with various methods of endoscopic hemostasis. Surgical activity for bleeding from gastroduodenal ulcers during the study period was 11.4% and it tended to decrease.

Conclusion. The most effective method of endoscopic hemostasis and prevention of recurrence of ulcerative gastroduodenal bleeding is argon plasma coagulation in combination with injection methods.

Keywords: gastroduodenal ulcer bleeding, endoscopic hemostasis, diathermocoagulation, argon plasma coagulation, recurrent bleeding, surgical hemostasis.

Актуальность

В современной urgentной хирургии лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) является актуальной проблемой. По данным литературы, каждый год в среднем у 150 человек на 100 000 населения отмечаются кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом случаи ЯГДК ежегодно имеют тенденцию к росту и достигают до 50% в структуре всех геморрагических осложнений [1].

Среди причин летальности от язвенной болезни на первом месте выступает кровотечение [2]. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных противоязвенных препаратов, а также новых подходов к лечению, показатель летальности, к сожалению, остаётся на сравнительно высоких цифрах. Высокий уровень летальности преимущественно связан с наличием больных старшей возрастной группы, имеющих тяжёлые сопутствующие заболевания [3].

Отсутствие единой лечебно-диагностической тактики в ведении больных с ЯГДК ещё раз подчеркивает сложность данной проблемы. Выбор тактики должен определяться общим состоянием больного, результатами эндоскопической картины, степенью и длительностью кровопотери, локализацией и характеристикой источника кровотечения. Причём важен не только факт достижения гемостаза при первичном осмотре, но и адекватная профилактика рецидива кровотечения. По данным литературы, максимальный риск рецидива кровотечения (более 90%) отмечается в течение 48–72 часов от первичного эндоскопического гемостаза [4].

Для лечебной тактики определяющим является классификация Forrest J.A. от 1974 г. [5]. Так, риск рецидива кровотечения при первичной эндоскопической картине FIIA может достигать более 85%, при FIIB – до 50%, при чистом дне язвы – меньше 5%. При наличии фиксированного сгустка крови, устойчивого к отмыванию, риск повторного кровотечения равен 20–25%. Удаление сгустка и применение различных вариантов эндоскопического гемостаза может существенно снизить риск рецидива кровотечения в 3–3,5 раза [6, 7].

Оперативное лечение в экстренном порядке выполняется у больных, для которых эндоскопический гемостаз был неэффективным [8]. Согласно литературе, рецидив

кровотечения в стационарных условиях является абсолютным показанием к urgentной операции [9]. В противовес данному утверждению также встречаются сообщения, согласно которым повторный эндоскопический гемостаз не менее эффективен нежели оперативное лечение в экстренном порядке, причём эндоскопические методики, как правило, сопровождается меньшим числом осложнений и низкими показателями летальности. В связи с этим определение конкретных показаний к оперативному лечению требует тщательного взвешивания возможностей всех доступных методов эндоскопического гемостаза [10].

Цель. Анализ 20-летнего опыта Республиканского центра экстренной медицинской помощи по лечению больных с язвенными ГДК с использованием эндоскопических методов гемостаза.

Материал и методы

За 20-летний период (2001–2020 гг.) функционирования в РНЦЭМП госпитализировано 10449 больных с urgentными осложнениями гастродуоденальных язв (рис. 1).

При этом локализация язвы в желудке отмечалась у 2981 (28,5%) больного, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – 7468 (71,5%) больных. В 1976 (18,9%) случаях имела место острая язва, в 8473 (81,1%) случаях – хроническая язва. Доля больных с ЯГДК составляет 69,5% (госпитализировано 7259 пациентов), остальные случаи осложненных форм гастродуоденальных язв приходились на перфорацию – 3190 (30,5%) больных, в том числе сочетание перфорации и кровотечения (12).

Среди 7259 больных с ЯГДК мужчин было 5043 (69,5%), женщин – 2216 (30,5%). Всем пациентам в приемном отделении после предварительного промывания желудка выполнялась ЭГДФС. Во всех случаях удалось установить локализацию и характер источника кровотечения. Кровотечение из хронических язв желудка и ДПК отмечено у 4529 (62,4%) больных, из острых язв – у 2730 (37,6%). Активность кровотечения оценивалась по классификации Forrest [11]: кровотечение по Forrest IA диагностировано у 168 (2,3%), по Forrest IB – у 509 (7,0%), по Forrest IIA – у 1796 (24,7%), по Forrest IIB – у 3064 (42,2%), по Forrest IIC – у 1277 (17,6%) и по Forrest III – у 445 (6,1%) больных (рис. 2).

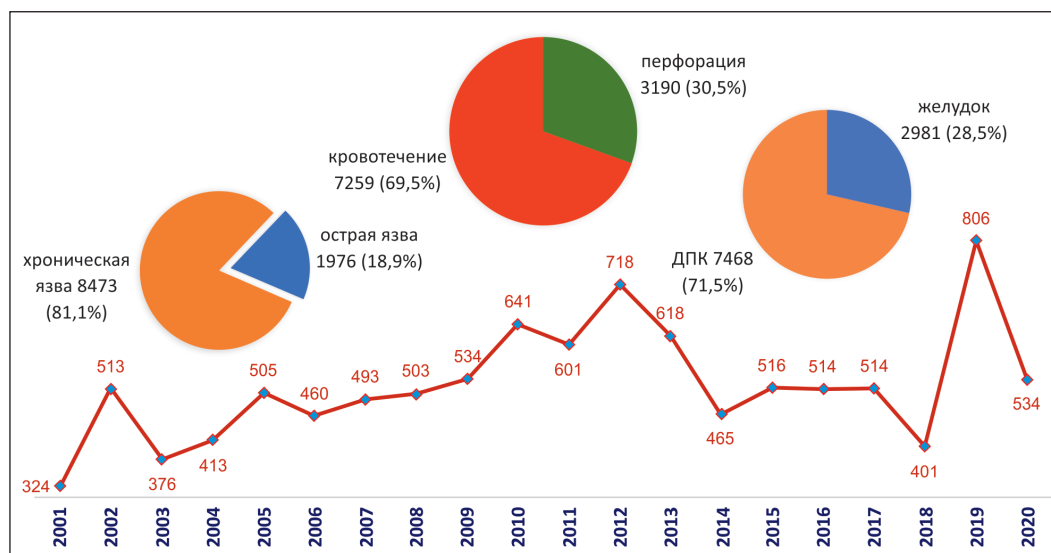


Рис. 1. Динамика и структура больных с urgentными осложнениями гастродуоденальных язв, $n = 10449$

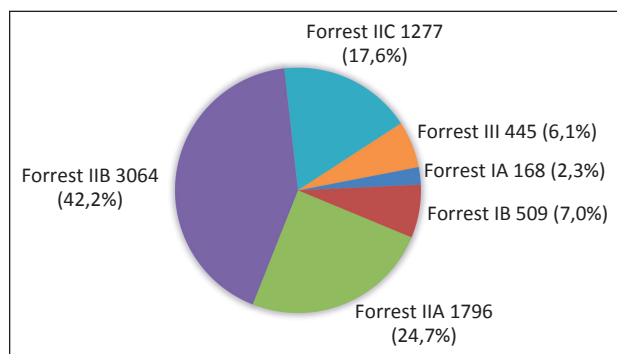


Рис. 2. Активность язвенного кровотечения по классификации Forrest, $n=7259$

Больным применялись методы эндоскопического гемостаза: диатермокоагуляция, инъекционные методы, аргонплазменная коагуляция, клипирование. При неэффективности эндоскопического гемостаза применялись методы хирургической остановки кровотечения.

Основная масса больных относилась к трудоспособному возрасту, что ещё раз подчёркивает социальную и экономическую значимость рассматриваемой проблемы. Причём, если рассматривать структуру заболеваний, то для кровотечений из хронических язв двенадцатиперстной кишки лидирующим является молодой возраст (19–44 года), а для кровотечений из хронических язв желудка – пожилой возраст (60–74 года). Интересна тенденция кровотечений из острых гастродуоденальных язв, пик которых приходится на средний возраст (45–59 лет), что вероятно связано с активным приёмом лекарственных препаратов по поводу различных сопутствующих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, при сохранении кислотопродуцирующей активности желудка. А именно эти факторы являются предикторами для развития острых язв и в последующем – кровотечения.

Результаты и обсуждение

Если кровотечения из острых язв желудка и ДПК ($n=1976$) возникали, как правило, на фоне приёма ulcerогенных лекарственных препаратов, септического и стрессового состояния, то одним из отличительных особенностей хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки является наличие характерного язвенного анамнеза в течение достаточно длительного срока. Изучение анамнеза у больных с кровотечениями из хронических язв желудка и ДПК ($n=5283$) показало, что более чем у трети пациентов с геморрагиями (1955; 37,0%) отсутствуют клинические признаки язвенной болезни, примерно такое же количество (1657; 31,3%) больных отмечали язвенный анамнез длительностью 6–10 и более лет (рис. 3).

Согласно С.С. Юдину, язвенный анамнез до операции устанавливался у 97–98% больных. Но, вместе с тем, некоторые авторы указывают на больший процент «немых» язв – до 30%, а в последние годы появились публикации, что в 70% развитие осложнений является первым проявлением язвенного анамнеза [1].

Диаметр хронических язв ДПК ($n=4640$) в большинстве случаев (3824; 82,4%) не превышали 1,0 см. Такие же небольшие размеры язвенного дефекта были характерны также для острых язв ($n=1976$), при которых частота выявления язвенных дефектов диаметром более 1 см составила 1448 (73,3%) случаев. В то же время для больных с хроническими язвами желудка ($n=643$) более характерным был диаметр язв, превышающий 1 см: у 465 (72,3%) пациентов диаметр язв варьировал от 1,0 до 2,0 см, ещё у 154 (24,0%) – более 2,0 см (табл. 1).

По локализации хроническая язва луковицы ДПК по передней стенке встречалась в 78,5%, по верхней и нижней стенкам – в 17,5%, по задней стенке – в 4% случаях. Хроническая язва желудка в 71,5% случаев локализовалась у угла желудка, в 24% – в антральном отделе, в 4,5% случаях – в области тела желудка. Для острых язв желудка и ДПК была характерна следующая локализация: кардия и субкардия же-

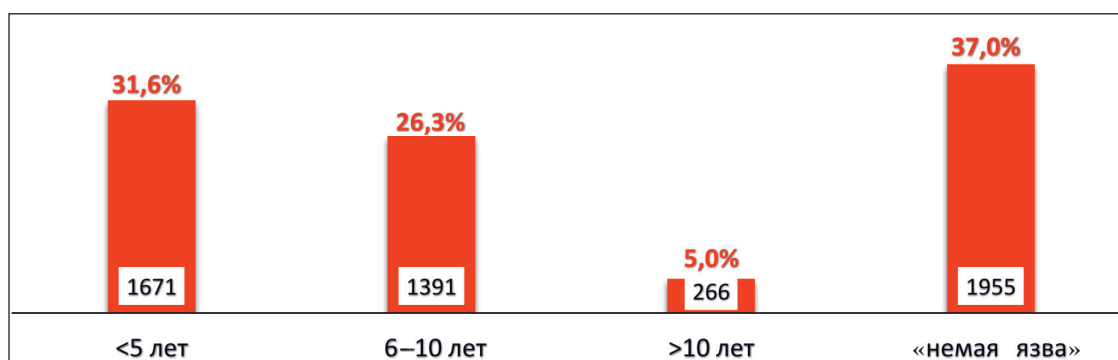


Рис. 3. Язвенный анамнез у больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, $n=5283$

Таблица 1. Распределение больных с ЯГДК по диаметру и локализации язв, абс. (%)

Гастродуоденальная язва	Размеры язв		
	<1,0 см	1,0–2,0 см	>2,0 см
Хроническая язва ДПК, $n=4640$	3824 (82,4)	705 (15,2)	111 (2,4)
Хроническая язва желудка, $n=643$	24 (3,7)	465 (72,3)	154 (24,0)
Острые язвы ДПК и желудка, $n=1976$	1448 (73,3)	488 (24,7)	40 (2,0)

лудка – 7%, тело желудка – 46%, антральный отдел желудка – 21,5%, луковица и постбульбарный отдел ДПК – 25,5%.

У 5515 (76,0%) больных с гастродуоденальными кровотечениями имелась картина постгеморрагической анемии различной степени выраженности: у 2110 (38,3%) – легкая степень, у 2193 (39,7%) – средняя степень, у 1212 (22,0%) – тяжелая степень. При тяжелой степени анемии проводилась заместительная терапия путем гемотрансфузии. С гемостатической и заместительной целью по строгим показаниям выполнялась плазматрансфузия и переливание криопреципитата.

Больные с риском рецидива кровотечения, помимо гемостатической терапии, получали патогенетически обоснованное противоязвенное консервативное лечение, которое включало комплексную терапию, направленную на снижение секреции желудка (ингибиторы протонной помпы, Н-гистаминоблокаторы), обволакивающую терапию и антихеликобактерную терапию.

Эндоскопический гемостаз был выполнен в 7072 случаях при активном продолжающемся кровотечении (Forrest IA и Forrest IB), а также в случаях остановившегося кровотечения, когда был высоким риск рецидива (Forrest IIA и Forrest IIB). Нередко приходилось выполнять несколько повторных сеансов эндоскопического гемостаза у больных с рецидивом кровотечения и у лиц с высоким риском повторной геморрагии.

Среди методов эндоскопического гемостаза за 20-летний период использованы диатермокоагуляция (рис. 4), инъекционные методы гемостаза (рис. 5), аргонплазменная коагуляция (АПК) (рис. 6) и комбинацию вышеуказанных методов. В последние годы предпочтение отдаем аргонплазменной коагуляции кровоточащих язв (табл. 2). Имеем начальный опыт применения клипирования кровоточащего сосуда (рис. 7).

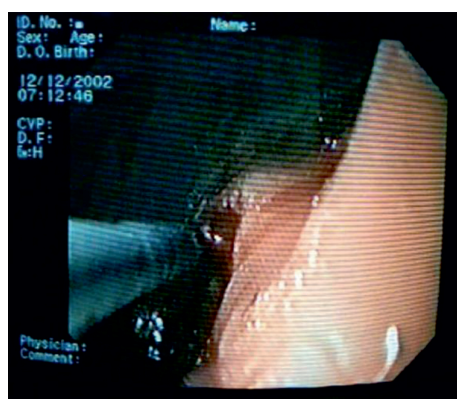
Причем, в начальные годы нашей работы применялись методы диатермокоагуляции и обкалывание 70%



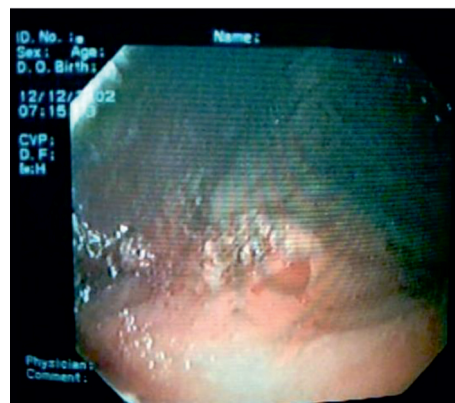
А



Б



В



Г

Рис. 4. Метод диатермокоагуляции:

- А) кратер язвы с участком активного кровотечения F-Ia (видна струя крови);
- Б) вид язвенного кратера после диатермокоагуляции (кровотечение отсутствует);
- В) кратер язвы с участком кровотечения F-Ib;
- Г) вид язвенного кратера после диатермокоагуляции (кровотечение отсутствует)

Таблица 2. Методы эндоскопического гемостаза

Вид эндоскопического гемостаза	Период применения	Число случаев
Диатермокоагуляция	2001–2009 гг.	708
Инъекционный метод (70% этанол)	2001–2012 гг.	2556
Инъекционный метод (35% этанол и смесь раствора 0,18% адреналина на 3% гипертоническом растворе)	2013 г. – наст. время	2295
Аргонплазменная коагуляция (АПК)	2010 г. – наст. время	1504
Клипирование кровоточащего сосуда	2019 г. – наст. время	9

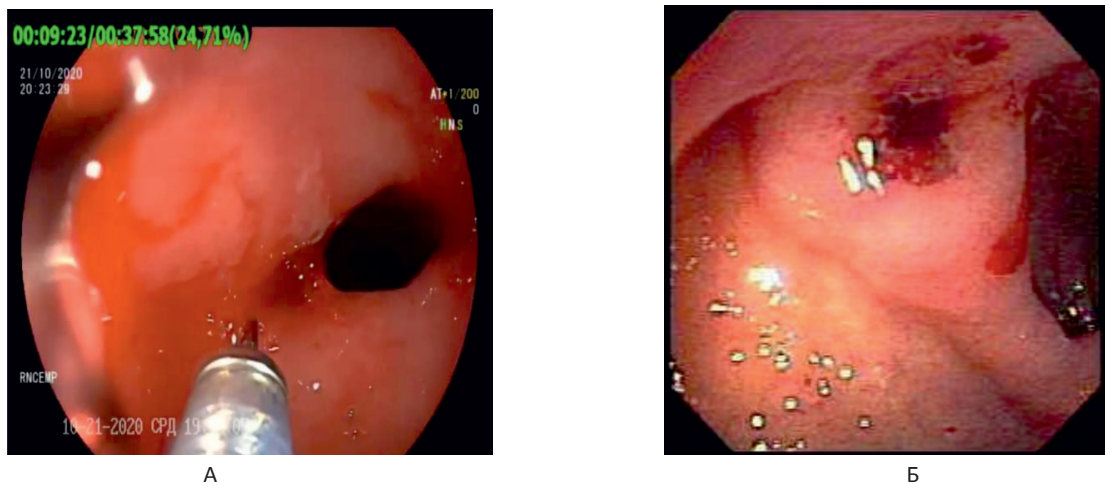


Рис. 5. Инъекционный метод эндоскопического гемостаза (обкалывание):

А) кратер язвы с участком кровотечения F-Ib; Б) вид язвенного кратера после обкалывания (кровотечение отсутствует)

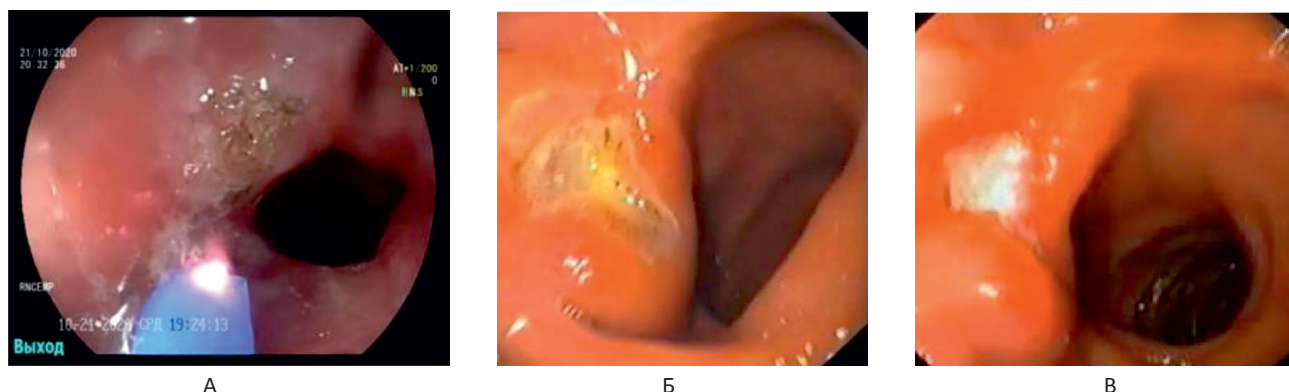


Рис. 6. Аргоноплазменная коагуляция:

А) АПК источника кровотечения; Б) вид язвенного кратера F-Ib после АПК (через 12 ч);
В) вид язвенного кратера F-III после АПК (через 48 ч.)

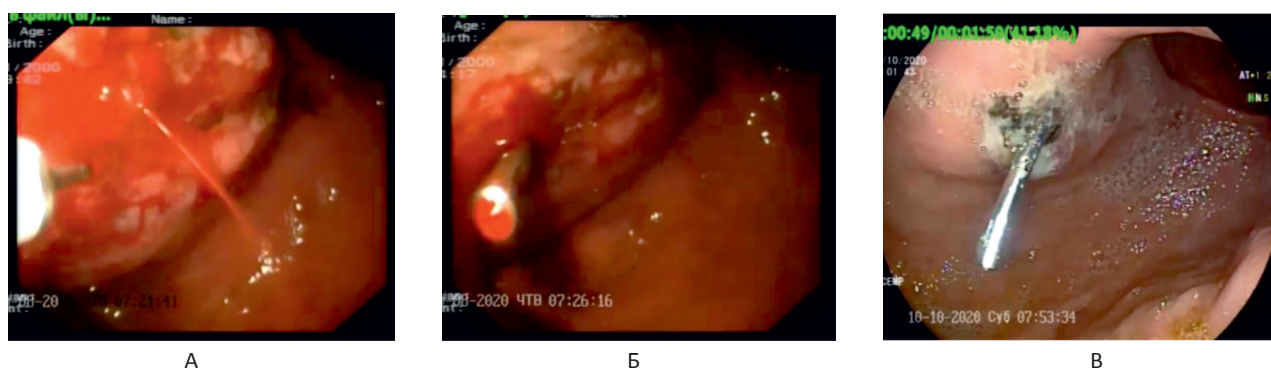


Рис. 7. Метод клипирования кровоточащего сосуда при язвенном кровотечении:

А) хроническая язва желудка, осложненная кровотечением по Forrest IA;
Б) кровотечение остановлено после клипирования;
В) вид окончательного гемостаза через 24 часа

раствора этанола. Учитывая невысокую эффективность метода и сравнительно частые эпизоды рецидивов ввиду наличия эффекта прилипания электрода с коагуляционной зоной, от диатермокоагуляции решено было отказаться и с 2010 года этот метод не используется. Частота рецидива кровотечения от диатермокоагуляции наблюдалась у 12% пациентов.

С 2010 года активно начали применять метод аргоноплазменной коагуляции, который показал высокую эффективность как в плане гемостаза, так и профилактики рецидива (рис. 6). Рецидив кровотечения после изолированного применения АПК отмечен у 6% пациентов. Кроме того, с 2013 года в качестве инъекционного раствора стали применять 35% раствор этанола и 0,18% раствор адреналина на 3% гипертоническом растворе.

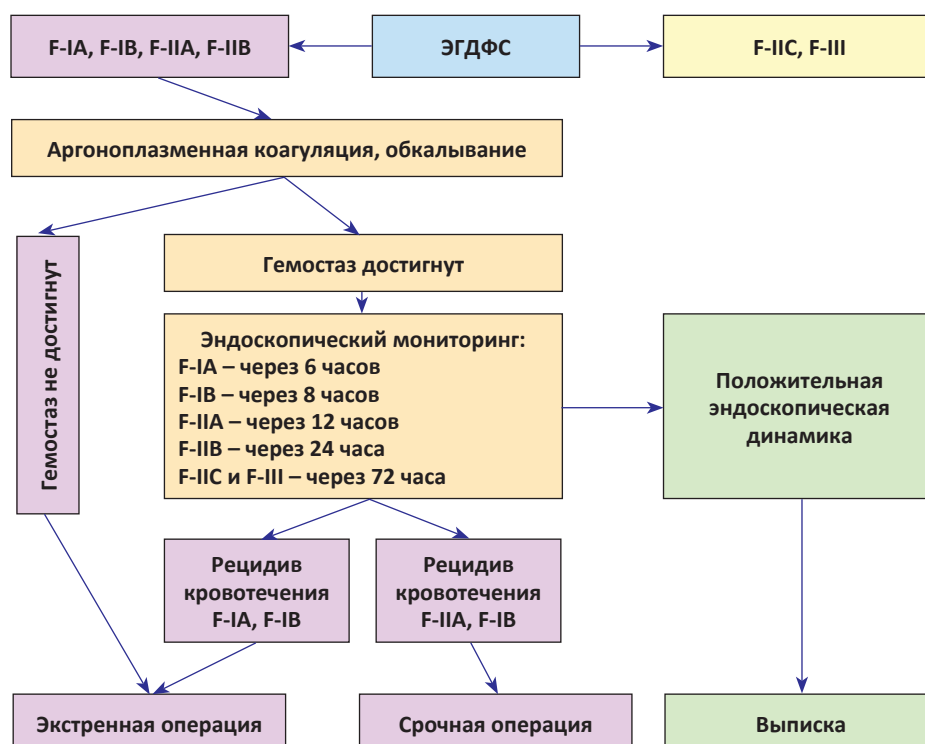


Рис. 8. Тактика ведения больных с гастродуоденальными кровотечениями (алгоритм)

Наша клиника также обладает начальным опытом применения клипирования кровоточащего сосуда при активном артериальном кровотечении (Forrest IA), которая зарекомендовала себя как высокоэффективный способ эндоскопического гемостаза. С 2019 года данный метод применён у 9 больных (рис. 7). Рецидивов кровотечения не отмечалось.

Комбинированное применение указанных способов показало высокую эффективность: так, при сочетании обкалывания 35% раствором этанола с последующей АПК рецидив возник у 4% пациентов.

На основании многолетнего опыта нашей клиники был разработан алгоритм ведения больных с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечениями (рис. 8).

Согласно данному алгоритму, всем больным, поступившим с клинической картиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, выполняется ЭГДФС, на основании которого устанавливается источник кровотечения, а также его тип по Forrest. В случаях активного продолжающегося кровотечения и остановившегося кровотечения, но с сохраняющимся высоким риском рецидива, применяются методы эндоскопического гемостаза. Если

эффекта нет, то указанные больные подлежат оперативному лечению в экстренном порядке. В случаях, когда гемостаз достигнут – больным проводится эндоскопический мониторинг с динамическим исследованием. При сохранении риска рецидива кровотечения больные подлежат оперативному лечению в срочном порядке. При благоприятном течении, а именно достижении полного эндоскопического гемостаза, в том числе при наличии картины Forrest IIC и III больные подлежат выписке с рекомендациями получения амбулаторной противоязвенной терапии и при необходимости получают оперативное лечение в плановом порядке.

Из 7259 пациентов оперированы 829 (11,4%): по поводу осложненного течения хронических язв выполнено 694 операции, по поводу острых язв – 138 операций. Целью операций при острой язве явилось ушивание кровоточащей язвы с достижением хирургического гемостаза. При хронических язвах, наряду с прошиванием кровоточащей язвы, выполнены резекционные способы (табл. 3). В 3 случаях у больных с пострезекционными пептическими язвами выполнена реконструктивная резекция с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру.

Таблица 3. Виды операции в зависимости от источника гастродуоденального кровотечения

Способ операции	Вид язвы, абс. (%)			
	ЯБДПК	ЯБЖ	Острая язва	Всего
Резекционные операции				
Резекция 2/3 желудка по Бильрот I	151 (27,5)	66 (45,5)	–	353 (26,1)
Резекция 2/3 желудка по Бильрот I в модификации Л.Г. Хачиева	136 (24,8)	–	–	–
Резекция 2/3 желудка по Бильрот II	160 (29,1)	51 (35,2)	–	211 (16,3)
Резекция с гастроэнтероанастомозом по Ру	3 (0,5)	–	–	3 (0,4)
Паллиативные операции				
Иссечение язвы	21 (3,8)	–	–	21 (2,5)
Гастродуоденотомия + прошивание	78 (14,2)	28 (19,3)	138 (100)	244 (29,3)
Всего	549	145	138	832



Рис. 9. Динамика показателя общей и послеоперационной летальности за 20-летний период

По мере более широкого применения методов эндоскопического гемостаза, внедрения новых эндоскопических технологий количество открытых оперативных вмешательств при ЯГДК имеет тенденцию к снижению, что в свою очередь является отображением активного использования новых методов эндоскопического гемостаза, которые позволили не только выполнить адекватную остановку кровотечения, но также и способствовали уменьшению числа рецидивов. В результате активного внедрения новых методов эндоскопического гемостаза, совершенствования тактики ведения больных с ЯГДК за 20-летний период наблюдается снижение показателей как общей летальности (с 7,1 до 2,3%), так и послеоперационной (с 4,0 до 0,9%) летальности.

Летальность при гастродуоденальных кровотечениях за исследуемый период составила 3,5%, причем, также отмечалось снижение указанного показателя к 2020 году до 2,3% (рис. 9).

Заключение

Совершенствование методов эндоскопического гемостаза и комбинированное их использование являются перспективными направлениями в улучшении результатов лечения гастродуоденальных кровотечений. В 88,6% случаев кровотечения из гастродуоденальных язв удается остановить путем применения комплексной консервативной гемостатической и противоязвенной терапии в сочетании с различными методами эндоскопического гемостаза. Среди методов эндоскопического гемостаза наиболее эффективными в плане остановки кровотечения и профилактики рецидива является аргонплазменная коагуляция в сочетании с инъекционными методами. Показанием к хирургическому лечению является неэффективность эндоскопического гемостаза при активном кровотечении из язвы при поступлении и рецидив кровотечения на фоне консервативного лечения в стационаре. По нашим данным, оперативная активность при кровотечениях из гастродуоденальных язв за исследуемый период составила 11,4%, но она имела тенденцию к снижению. Снижение показателя летальности за исследуемый период показывает, что внедрение малоинвазивных эндоскопических технологий способствовало достижению адекватного гемостаза и отказу от оперативного лечения, что имеет важное значение для категории больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском.

Литература

1. 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 [Ermolov A.S., Tveritneva L.F., Teterin Yu.S. Sovremennyye metody endoskopicheskogo gemostaza v lechenii yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotacheniy (obzor literatury). Meditsinskiy alfavit. 2017; 3.29(326):41–46. In Russian].
2. Усов В.В., Обыденникова Т.Н., Тыртышная О.В. и соавт. Опыт лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. Вопросы науки и образования. 2019; 4(49):25–29 [Usov V.V., Obydennikova T.N., Tyrtysnaya O.V. i soavt. Opyt lecheniya bol'nykh s gastroduodenal'nymi krvotacheniyami. Voprosy nauki i obrazovaniya. 2019; 4(49): 25–29. In Russian].
3. Давыдкин В.И., Кияйкина О.М., Медвежонкова А.Ю. Консервативная терапия гастродуоденальных кровотечений при острых повреждениях слизистой желудка. Научное обозрение. Медицинские науки. 2017; (6):19–23 [Davydkin V.I., Kiyaykina O.M., Medvezhonkova A.Yu. Konservativnaya terapiya gastroduodenal'nykh krvotacheniy pri ostrykh povrezhdeniyakh slizistoy zheludka. Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki. 2017; (6):19–23. In Russian].
4. Cañamares-Orbís P., Chan FKL. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2019; 42–43:101608. doi: 10.1016/j.bpg. 2019.04.001. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31785733.
5. Mangiavillano B. Upper gastrointestinal active bleeding ulcers: review of literature on the results of endoscopic techniques and our experience with Hemospray. Scand J Gastroenterol. 2014; 49(11):1290–1295. doi: 10.3109/00365521.2014.946080. Epub 2014 Sep 2. PMID: 25180549.
6. Антошкина П.В., Захаренков И.А. Оценка эффективности методов эндоскопического гемостаза при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. Смоленский медицинский альманах. 2015; 1:53 [Antoshkina P.V., Zakharenkov I.A. Otsenka effektivnosti metodov endoskopicheskogo gemostaza pri yazvennykh zheludочно-kiшечных krvotacheniyakh. Smolenskiy meditsinskiy al'manah. 2015; 1:53].

- pri yazvennykh zheludochno-kishechnykh krovo-
techeniyakh. Smolenskiy meditsinskiy al'manakh.
2015; 1:53. In Russian].
7. Chiu P.W. Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding: Recent Advances. Clin Endosc. 2019; 52(5):416–418. doi: 10.5946/ce.2018.182. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31405266; PMCID: PMC6785411.
 8. Качмазова А.В., Гюева З.А. Клинико-эндоскопическая оценка желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии. Norwegian Journal of Development of the International Science. 2020; (39):2 [Kachmazova A.V., Goeva Z.A. Kliniko-endoskopicheskaya otsenka zheludochno-kishechnykh krvotечений язвенной этиологии. Norwegian Journal of Development of the International Science. 2020; (39):2. In Russian].
 9. Mönkemüller K., Soehendra N. Endoscopic treatments for gastrointestinal bleeding: a story of cleverness and success. Endoscopy. 2019; 51(1):5–6. doi: 10.1055/a-0790-8509. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30572358.
 10. Wilkins T., Wheeler B., Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2020; 101(5):294–300. Erratum in: Am Fam Physician. 2021 Jan 15; 103(2):70. PMID: 32109037.
 11. Forrest J.A., Finlayson N.D., Sherman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet. 1974; 2:394–397. doi: 10.1016/S0140-6736(74)91770-X.

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШИ: ЭНДОСКОПИК ВА ЖАРРОҲЛИК ГЕМОСТАЗ МАСАЛАЛАРИ (КЛИНИКАНИНГ 20 ЙИЛЛИК ТАЖРИБАСИ)

А.М. ХАДЖИБАЕВ^{1,2}, Д.Б. ТУЛЯГАНОВ¹, А.Б. ЕШМУРАТОВ^{1,2},
А.Г. МИРЗАКУЛОВ¹, Р.А. ЯНГИЕВ¹, М.А. ХАШИМОВ^{1,2}, Б.И. ШУКУРОВ¹

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

²Тиббийёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Мақсад. Гемостазнинг эндоскопик ва жарроҳлик усуллари ёрдамида гастродуоденал яралардан қон кетган беморларни даволашни таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. 2001 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда РШТЁИМ шошилинч жарроҳлик бўлимига ётқизилган гастродуоденал яралардан қон кетган 7259 нафар беморни даволаш натижалари таҳлили ўтказилди. Улардан 5043 (69,5%) нафари эркак ва 2216 (30,5%) нафари аёл бўлган. Клиникага ётқизилган беморларнинг қон кетиш фаоллиги Forrest эндоскопик таснифи бўйича баҳоланди: Forrest IA бўйича қон кетиш 168 (2,3%), Forrest IB – 509 (7,0%), Forrest IIA – 1796 (24,7%), Forrest IIB – 3064 (42,2%), Forrest IIC – 1277 (17,6%) ва Forrest III – 445 (6,1%) беморга ташхис қўйилди. Беморларга қуйидаги эндоскопик гемостаз усуллари қўлланилди: диатермокоагуляция инъекцион усуллар, аргон-плазма коагуляция, клипса қўйиш амалиёти. Эндоскопик гемостаз самарасиз бўлганда, қон кетишни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш усуллари қўлланилган.

Натижалар. 88,6% ҳолларда комплекс консерватив гемостатик ва ярага қарши даволаш тадбирлари ҳамда эндоскопик гемостазнинг турли усуллари қўллаш орқали гастродуоденал яралардан қон кетишини тўхтатишга эришилди. Тадқиқот даврида гастродуоденал яралардан қон кетишининг жарроҳлик фаоллиги 11,4% ни ташкил этди ва у пасайиш тенденциясига эга.

Хулоса. Гастродуоденал яралардан қон кетишини бартараф қилишда ва унинг қайталаниши профилактикасида аргонплазмали коагуляцияни инъекция усуллари билан бирга қўллаш энг самарали усулдир.

Калит сўзлар: гастродуоденал ярадан қон кетиши, эндоскопик гемостаз, диатермокоагуляция, аргон-плазма коагуляция, қайта қонаш, жарроҳлик гемостаз.

Сведения об авторах:

Хаджибаев Абдухаким Муминович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экстренной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Ешмуратов Алишер Балтабаевич – ассистент кафедры экстренной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, врач-эндоскопист Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи.

Тел.: +998909315783, E-mail: alisher1203@gmail.com

Information about authors:

Abdukhakim Muminovich Khadjibayev – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Emergency Medicine of the Center for the development of professional qualification of medical workers.

Alisher Baltabaevich Eshmuratov – assistant of the Department of Emergency Medicine of the Center for the development of professional qualification of medical workers, endoscopist of the Republican Research Center of the Emergency Medicine.

Tel.: +998909315783, E-mail: alisher1203@gmail.com

Мирзакулов Акмал Гафуржанович – доктор PhD, врач-хирург и врач-эндоскопист Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998936398024, E-mail: akmalka84@mail.ru

Хашимов Миркамол Ахмеджанович – заведующий отделением эндоскопии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ассистент кафедры экстренной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. Тел.: +998977550398, E-mail: hashimov-70@mail.ru

Янгиев Равшан Ахмедович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением экстренной хирургии №1 Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998911902012.

Шукуров Бобир Ибрагимович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии РНЦЭМП. E-mail: shbobir@yahoo.com.

Поступила в редакцию: 03.08.2021

Akmal Gafurjanovich Mirzakulov – PhD, surgeon and endoscopist of the Republican Research Center of the Emergency Medicine. Tel.: +998936398024, E-mail: akmalka84@mail.ru

Mirkamol Akhmedjanovich Khashimov – Head of the Department of Endoscopy of the Republican Research Center of the Emergency Medicine, Assistant of the Department of Emergency Medicine of the Center for the development of professional qualification of medical workers. Tel.: +998977550398, E-mail: hashimov-70@mail.ru

Ravshan Akhmedovich Yangiev – PhD, Head of the Department of Emergency Surgery No. 1 of the Republican Research Center of the Emergency Medicine. Tel.: +998911902012

Bobir Ibragimovich Shukurov – PhD, Senior Researcher at the Department of Emergency Surgery of the Republican Research Center of the Emergency Medicine. E-mail: shbobir@yahoo.com.

Received: 03.08.2021