Journal of Healthcare and Life-Science Research
Vol. 4, No. 5, 2025 ISSN: 2181-4368

ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Аннотация: *В статье рассматриваются современные принципы лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений — одного из самых острых осложнений экстренной хирургии. Исследование проведено на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП с участием 62 пациентов, которым была оказана помощь с применением комплексного подхода: консервативного, эндоскопического и хирургического лечения. В работе подробно описаны клинические и диагностические особенности, включая стандартизированное использование эзофагогастродуоденоскопии для выявления источника и характера кровотечения, а также методы эндоскопического гемостаза (электрокоагуляция, инъекционная терапия, аргоноплазменная коагуляция). Результаты исследования показывают высокую эффективность эндоскопических методик и значимость своевременного выбора хирургической тактики в зависимости от степени риска рецидива. Проведённый анализ подчеркивает необходимость активного наблюдения за пациентами с язвенными кровотечениями, что позволяет снизить уровень осложнений и летальных исходов, оптимизировать лечебные алгоритмы и повысить качество оказания медицинской помощи.*

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

Information about theauthors

Кадиров Р.Н.
д.м.н., директор Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан

Бобокулов А.У., Шеркулов К.У.
Ассистент кафедры Общей хирургии, Самаркандский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан

Бабакулова Ф.У.
студент 3-курса, Чирчикский государственный педагогический университет, Республика Узбекистан

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 до 70% 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.

Несмотря на явную перспективность такого подхода, большинство попыток с той или иной степенью достоверности прогнозировать вероятность повторного кровотечения из язвы отличается либо использованием неадекватных поставленным задачам методик исследования, либо не совсем правильной интерпретацией полученных данных. Они чересчур громоздки по исполнению в условиях неотложной хирургии и зачастую характеризуются невысокой точностью полученных данных, что обоснованно вынуждает практикующего хирурга в основном полагаться на свой собственный опыт.

Цель исследования - провести анализ результатов эндоскопического лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением.

Материалы и методы. Клиническую часть исследования составили 62 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением из язвы, лечившихся в 2023 – 2024 годах в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Средний возраст больных составил 53,4 + 1,82 года. 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.

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 проведено всем пациентам. 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).

Результаты эндоскопического исследования объективизировали в соответствии с классификацией по J.A Forrest (1974 г). С позицией современной хирургической гастроэнтерологии данный методический подход, предполагает возможным использование консервативных, хирургических и эндоскопических способов лечения.

Всем пациентам проводилось стандартное консервативное лечение. В основу традиционной консервативной терапии заложены три принципиальных тактических подхода: противоязвенное лечение, гемостатическая терапия, 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 гипортермию желудка, строгий постельный режим и диету Мейленграхта в

течение первых трех суток. Некоторым пациентам назначали гастроцепин, 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 дефицит ОЦК осуществляли за счет проведения инфузионно-трансфузионной терапии включающей по показаниям (средняя и тяжелая степень кровопотери) гемотрансфузии одногрупной крови либо эритроцитарной массы. Расчет инфузионно-трансфузионной терапии производились по методике В.Н. Шабалина (1998).

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

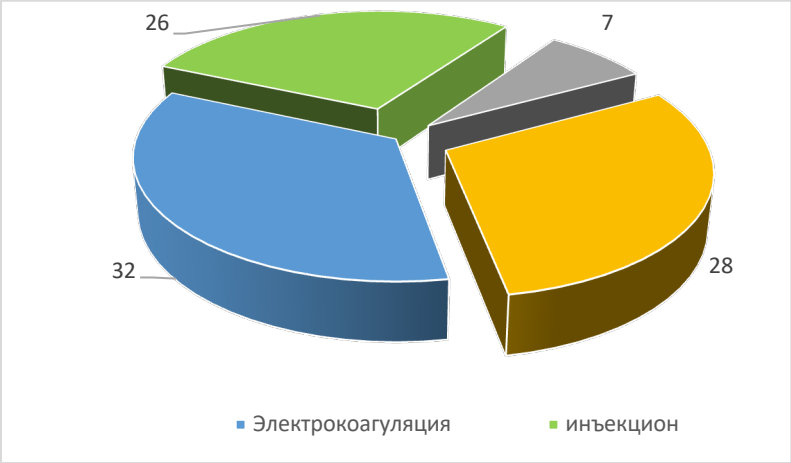

Рис. 1. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

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.

Таким образом, активная хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях должно основаться на оценке степени риска геморрагических рецидивов. Все пациенты должны пройти ЭГДС. Пи выявлении кровотечении показано эндоскопический гемостаз и стационарное наблюдение больного. 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.

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.:Проспект, 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.
12. Toshkenboyev F.R., Gulamov O.M., Ahmedov G.K. Types and Complications of Gastric Resection Operas // International Journal of Alternative and Contemporary Therapy. IJACT, Volume 2, Issue 6, 2024, 149-153.