AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI
ILMIY JURNALI
ISSN: 2181-3469
Jild: 04 Nashr:05 2025 yil

SCIENCE BOX

# ЭНДОХИРУРУГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

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

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

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

***Аннотация.*** *В статье рассматриваются современные аспекты эндохирургической тактики лечения гастродуоденальных кровотечений, являющихся одним из наиболее острых и жизнеугрожающих осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Представлены особенности клинической картины, методы диагностики, включая эндоскопическую оценку источника кровотечения, и стратегии выбора тактики лечения. Особое внимание уделено анализу эффективности консервативных, хирургических и эндоскопических методов остановки кровотечения, а также показаниям к экстренным и плановым операциям. Отдельно рассматривается использование современных эндоскопических методов — электрокоагуляции, инъекционного гемостаза и аргоноплазменной коагуляции. Результаты проведенного исследования на выборке из 62 пациентов демонстрируют высокую эффективность комплексного подхода, включающего прогнозирование риска рецидива и своевременное хирургическое вмешательство. Полученные данные позволяют оптимизировать лечебные алгоритмы и снизить частоту неблагоприятных исходов, что имеет важные клинические и прогностические последствия для пациентов с осложненной язвенной болезнью.*

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

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 проведено 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 желудке и двенадцатиперстной кишке.

В наших исследованиях (при выявлении кровотечении) 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.

AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI
ILMIY JURNALI
ISSN: 2181-3469
Jild: 04 Nashr:05 2025 yil

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 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). 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 гастроуденальных кровотечений

AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI
ILMIY JURNALI
ISSN: 2181-3469
Jild: 04 Nashr:05 2025 yil

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).

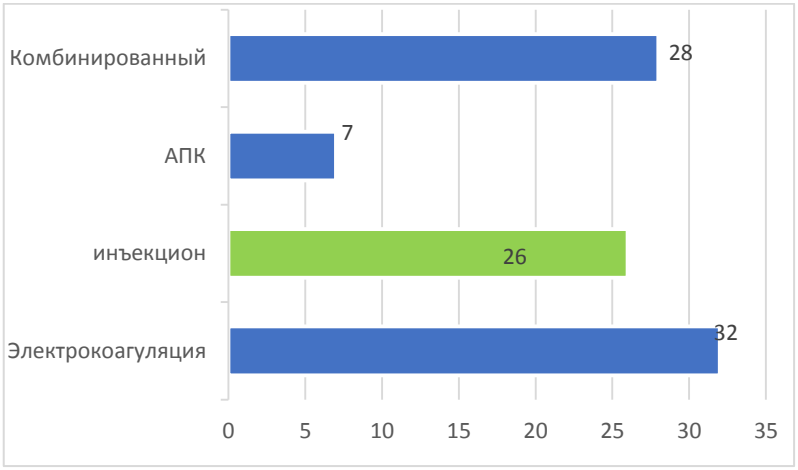


Рис. 1. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

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 обкалывании язвы солкосерилом.

Таким образом, активная хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях должно основаться 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.: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.