УДК: 616.33-005.1-089.87

ЎТКИР ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Уроқов Шухрат Тухтаевич – т.ф.д., профессор
Хамроев Бахтиёр Султович – Ph.D., ассистент
Тўхтаев Сардор – клиник ординатор
Бухоро давлат тиббиёт институти (Бухоро Узбекистон)
РШТЁИМ Бухоро филиали (Бухоро Узбекистон)

Резюме: *Гастродуоденал яралардан қон кетиш – шошилинч гастроэнтерологияда кенг тарқалган ва ҳаёт учун хавфли ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бундай беморларда даво самарадорлиги ва прогноз тўғри баҳолашга бевосита боғлиқ. Ушбу мақолада қон кетиш ҳолатларида бемор аҳволини баҳолаш усуллари, хусусан, клиник кўрик, гемодинамик ўзгаришлар, лаборатор таҳлиллар, эндоскопик Forrest классификацияси ва Rockall ҳамда Blatchford каби шкалаларнинг аҳамияти кўрсатиб берилган. Аниқ ва комплекс баҳолаш асосида даво тактикаси танланади, рецидив қон кетишларнинг олди олинади ва ҳаёт учун хавф камайтирилади.*

Калит сўзлар: *гастродуоденал қон кетиш, яра, Forrest классификацияси, Rockall шкаласи, Blatchford шкаласи, шошилинч ҳолат, гемодинамика.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Уроқов Шухрат Тухтаевич – д.м.н., профессор
Хамроев Бахтиёр Султович – Ph.D., ассистент
Тухтаев Сардор – клинический ординатор
Бухарский медицинский институт (Бухара, Узбекистан)
Бухарский филиал РНЦЭМП (Бухара, Узбекистан)

Резюме: *Кровотечения из гастродуоденальных язв являются одним из наиболее распространённых и жизнеугрожающих состояний в неотложной гастроэнтерологии. Эффективность лечения и прогноз во многом зависят от своевременной и точной оценки состояния пациента. В данной статье рассмотрены методы клинической, лабораторной и инструментальной оценки тяжести кровопотери, включая эндоскопическую классификацию Forrest, а также шкалы Rockall и Blatchford, позволяющие объективизировать риск повторного кровотечения и летального исхода. Комплексный подход к оценке состояния больного обеспечивает выбор адекватной тактики лечения и улучшение клинических исходов.*

Ключевые слова: *гастродуоденальное кровотечение, язва, классификация Forrest, шкала Rockall, шкала Blatchford, неотложное состояние, гемодинамика.*

EFFICACY OF COMPLEX THERAPEUTIC APPROACHES IN THE MANAGEMENT OF ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING

Urokov Shukhrat Tukhtayevich – D.M.Sc., professor
Khamroev Bakhtiyor Sultovich – Ph.D., assistant

Tokhtayev Sardor – clinical resident
Bukhara Medical Institute (Bukhara, Uzbekistan)
Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Bukhara, Uzbekistan)

Abstract: *Bleeding from gastroduodenal ulcers is one of the most common and life-threatening conditions in emergency gastroenterology. The effectiveness of treatment and prognosis largely depend on the timely and accurate assessment of the patient's condition. This article reviews clinical, laboratory, and instrumental methods for evaluating the severity of blood loss, including the endoscopic Forrest classification, as well as the Rockall and Blatchford scoring systems, which help determine the risk of rebleeding and mortality. A comprehensive approach to patient assessment ensures the appropriate choice of treatment strategy and improves clinical outcomes.*

Keywords: *gastroduodenal bleeding, ulcer, Forrest classification, Rockall score, Blatchford score, emergency condition, hemodynamics.*

Долзарблиги. Гастродуоденал яралардан қон кетиши (ГДЯҚК) муаммоси бугунги кунгача ўз долзарблигини йўқотмаган. Охирги ўн йилликда мамлакатимизда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси (ОЎБИЯК) билан касалланиш ҳолатлари ўсиш тенденциясига эга бўлиб, аҳоли ўртасида тарқалиши 6,5% гача етгани қайд этилмоқда. [2., 4].

Шу билан бирга, яра касаллигининг оғир асорати ҳисобланган гастродуоденал қон кетишлар (ГДҚК) сони ҳам йил сайин ортиб бораётгани кузатилмоқда. Турли манбалардаги маълумотларга кўра, яра этиологияли қон кетишлар улуши 20% дан 40–47% гача ошгани қайд этилган. [1., 5].

Бундай ҳолат, ушбу патологияни ўз вақтида аниқлаш, самарали ва комплекс даво чораларини қўллаш зарурлигини янада ошкор этмоқда. Ҳозирги кунда ускунавий диагностиканинг жадал ривожланиши, консерватив ва хирургик даволаш усулларининг кенгайиб бориши, шунингдек, анестезиология ва реаниматология соҳаларида эришилаётган ютуқларга қарамасдан, гастродуоденал қон кетишлар (ГДҚК) билан боғлиқ ўлим ҳолатлари барқарор даражада сақланиб қолмоқда. [7.,8].

Адабиёт манбаларда қайд этилишича, ушбу касалликдан ўлим ҳолати ҳали-ҳануз 5–14% ни ташкил этмоқда [Гринберг А.А., 1995; Jaramillo J.L. et al., 1994; Park K.G.M. et al., 1994; Yang C.C. et al., 1994; Takant Y. et al., 1995; Wang K. et al., 1995], операциядан кейинги ўлим ҳолатлари эса 5,7% дан 35,2% гача етиши мумкин [Горбашко А.И., 1980; Петров В.И. ва бошқ., 1987; Брискин Б.С. ва бошқ., 1991; Курыгин А.А., Румянцев В.В., 1992; Lipschitz J. et al., 1993; Qvist P. et al., 1994].

Гастродуоденал яралардан қон кетишларда эрта ташхис қўйиш, даво чора-тадбирларининг узлуксиз такомиллашиб бориши, трансфузион-инфузион терапия қоидаларининг мукаммаллашуви орқали қон кетиши оқибатидаги асоратлар, жумладан ўлим ҳолатлари камайиши кутилсада, муаммонинг бошқа жиҳатлари ўз аҳамиятини сақлаб қолмоқда [4., 8].

Хусусан, ушбу патологиянинг катта ёшдаги ва қария беморлар орасида кўпроқ учраётгани, шу билан бирга, уларда юрак-қон томир, диабет, буйрак етишмовчилиги каби оғир қўшимча касалликларнинг мавжудлиги — организмнинг ўткир геморрагик ҳолатга мослашиш имкониятини чекламоқда. Бундан ташқари, бундай беморларда хирургик муолажаларга жавоб реакциясининг пастлиги ҳам қон кетиш оқибатидаги асоратлар даражасини барқарор сақлаб туришига олиб келмоқда. [Хаджибаев А.М., 2000; Berenholtz S., 1999; Nietsch H.H., 2000].

Ошқозон-ичак тизимидан профуз қон кетиш ҳолатларининг барча сабаблари орасида 10–20% гача ҳолатлар ўткир яралар ва эрозиялар билан боғлиқ экани таъкидланади. Ўткир яралар ва эрозияларнинг ўзи 60–70% ҳолатда профуз қон кетиш билан мураккаблашиб, ҳар учинчи беморда оғир қон йўқотишига олиб келади [1, 7, 10 15,]. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг ўткир яралари нафақат кекса ёшдаги беморларда, балки янги туғилган чақалоқларда ҳам кузатилиши мумкин [6, 12, 15]. Турли ёш гуруҳлар орасида ўткир ярага чалинган беморлар улуши 74,5% ни ташкил этади [8, 13].

Маълумки, ошқозон-ичак тизимининг юқори қисмини зарарловчи ўткир ярали жараёнлар кўпинча оғир соматик касалликлар, шок ҳолати билан кечувчи шикастланишлар, агрессив кимёвий моддалар таъсиридаги эрозив жараёнлар ҳамда айрим дори-дармон воситаларини қўллаш натижасида ривожланиши мумкин [3., 8].

Шундай қилиб, ошқозон-ичак трактидан қон кетиши билан оғриган беморларни бошқариш ва даволашда комплекс ёндашув муҳим аҳамият касб этади. Бундай ёндашув қуйидаги асосий йўналишларни ўз ичига олади:

1. Инфузион-трансфузион терапияни такомиллаштириш, яъни постгеморрагик гипоксияни бартараф этишга қаратилган чоралар;

2. Рецидивга қарши даволаш – қон кетишнинг такрорланиш хавфини камайтириш;

3. Терапевтик эндоскопия – эндоскопик усуллар орқали қон тўхтатиш;

4. Жарроҳлик аралашувларини ўз вақтида амалга ошириш – консерватив ва эндоскопик даво самарасиз бўлган ҳолларда.

Ишнинг мақсади. Шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларида ўтказиладиган ташҳисот ва даволаш тадбирларини оптималлаштириш орқали гастродуоденал қон кетишини комплекс даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва методлар.

Илмий иш 2007–2014 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали шошилинч жарроҳлик бўлимларида даволанган, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг қон кетиши асорати билан оғриган 510 нафар беморнинг клиник кузатувлари ва анамнез маълумотларининг ретроспектив таҳлили натижаларига асосланди.

Тадқиқотга, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яраларидан қон кетишининг ишончли клиник ва эндоскопик белгиларига эга бўлган беморлар киритилди. Қон кетиш манбаи аниқланмаган беморлар таҳлилдан чиқариб ташланди.

Олинган натижаларга кўра, текширилган беморларнинг 60,5 фоизида (510 нафар) ошқозон-ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетишнинг асосий сабаби ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ярали шикастланиши бўлган. Қолган 39,5 фоизида (333 нафар) эса яра билан боғлиқ бўлмаган қон кетиш ҳолатлари қайд этилди.

Эндоскопик текширув натижаларига асосан, қон кетиш ҳолати тасдиқланган барча беморларга шошилинч жарроҳлик бўлимида стационар даволаниш тавсия этилди. Бироқ, уларнинг бир қисми (19,6 фоизи), асосан енгил қон йўқотишга эга ва вазиятнинг жиддийлигини тўлиқ англамаган беморлар, касалхонага ётқизилишдан бош тортган.

Гастродуоденал яралардан қон кетиши сабабли касалхонага ётқизилган беморлар таркибида эркаклар сони 376 нафарни (73,7%) ташкил этиб, бу кўрсаткич аёллар сонига (134 нафар; 26,3%) нисбатан деярли уч баробар юқори эди.

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тавсифи

2016–2024 йиллар давомида касалхонага ётқизилган беморларнинг ўртача ёши эркакларда 47,1 ± 0,66 (18 ёшдан 88 ёшгача), аёлларда эса 56,9 ± 0,72 (16 ёшдан 85 ёшгача) бўлди. 60 ёшдан ошган беморлар сони 167 нафарни (32,8%) ташкил

этди, яъни деярли ҳар тўртинчи бемор катта ёш тоифасига кирар эди. Яра локализацияси беморларда қон кетиш манбаси аксар ҳолларда ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яраси бўлиб, у 394 ҳолатда (77,3%) кузатилди. Сурункали ошқозон яраси 47 беморда (9,3%) учради. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг комбинацияси 21 беморда (4,2%), суббулбар яралар 18 беморда (3,5%), гастроэнтероанастомознинг пептик яраси эса 30 ҳолатда (5,8%) қайд этилди (1-жадвал).

1-жадвал.

Беморларнинг яра локализацияси бўйича тақсимланиши

Яранинг локализацияси	N	%
Ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яраси	394	77,3
Сурункали ошқозон яраси	47	9,3
Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари комбинацияси	21	4,2
Суббулбар яралар	18	3,5
Гастроэнтероанастомознинг пептик яраси	30	5,8
Жами	510	100

Бирга келган касалликлар 510 беморнинг 204 нафарида (40%) қўшимча йўлдош касалликлар аниқланди. Улардан 110 беморда (21,6%) бирта, 53 беморда (10,4%) иккита, 39 беморда (7,7%) эса учта ёки ундан ортиқ йўлдош касаллик мавжуд эди. Энг кўп тарқалган йўлдош касалликлар — юрак ишемик касаллиги (ЮИК, ПИКС) 51 ҳолатда (10%), гипертония касаллиги 97 ҳолатда (19%), нафас олиш тизими касалликлари эса 36 ҳолатда (7%) кузатилди (2-жадвал).

2-жадвал.

Гастродуоденал ярали қон кетиши бўлган беморларда бирга келадиган касалликлар

Йўлдош касалликлар	N	%
ЮИК, ПИКС	51	10
Гипертония касаллиги	97	19
Қандли диабет	5	1
Буйрак касалликлари	5	1
Нафас олиш тизими касалликлари (ЎСОК, ХНЗЛ)	36	7
Жигар касалликлари (гепатит, гепатоз)	10	2
Жами	204	40

Қон кетиш оғирлиги клиникага ётқизилганида, беморларнинг умумий аҳволи А.И. Горбашко (1986) таснифи бўйича баҳоланди. Беморларнинг 121 нафари (23,8%) енгил, 294 нафари (57,6%) ўртача, 95 нафари (18,6%) оғир аҳволда бўлган (3-жадвал).

3-жадвал.

Беморларнинг қон кетиш оғирлигига қараб тақсимланиши

Бемор ҳолати	N	%
Енгил	121	23,8
Ўртача оғирлик	294	57,6
Оғир	95	18,6
Жами	510	100

Тадқиқот доирасида гастродуоденал ярали қон кетиши (ГЯҚК) ташхиси қўйилган беморлар касаллик бошланишидан сўнг турли вақт оралиғида жарроҳлик клиникасининг шошилинч тиббий ёрдам бўлимига етказилган (3.1-жадвал). Биринчи 6 соат ичида – 31 нафар (12,0%), 6–12 соат оралиғида – 33 нафар (13,0%), 12–24 соат давомида – 18 нафар (7,1%), 1–3 кун оралиғида – 77 нафар (30,0%), 3–7 кун ичида – 84 нафар (33,0%) ва 7 кундан кейин – 12 нафар (5,0%) бемор мурожаат қилган.

4-жадвал.

Гастродуоденал ярали қон кетиши бўлган беморларнинг шифохонага мурожаат қилиш муддатлари

Даволаниш муддати	Асосий гуруҳ (abs./%)	Назорат гуруҳи (abs./%)
Биринчи 6 соат ичида	23 / 10,0	38 / 14,0
6–12 соат	34 / 14,3	32 / 11,7
12–24 соат	15 / 6,5	21 / 7,7
1–3 кун	71 / 30,0	83 / 30,0
3–7 кун	79 / 33,5	89 / 32,3
7 кундан кейин	13 / 5,7	12 / 4,3
Жами	235 / 100	275 / 100

Гастродуоденал яралардан қон кетиши билан оғриган беморларни текшириш ва даволашда ошқозон-ичак тизимидан қон кетиши бўйича жарроҳлик ёрдамини ташкил этишнинг асосий тамойилларидан фойдаланилди. Беморларни текширишнинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат эди: беморнинг умумий клиник аҳволини баҳолаш, қон кетиш манбасини аниқлаш, қон йўқотишнинг оғирлик даражаси ва ҳажмини, шунингдек гемостаз барқарорлигини белгилаш. Олинган маълумотлар асосида касалликнинг кейинги ривожланиши башорат қилиниб, жарроҳлик даволаш тактикаси белгиланди.

Текширувлар комплекси умумий ва биокимёвий қон таҳлиллари, қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенологик ва флюороскопик усулда баҳоланиши, эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС), шунингдек Helicobacter pylori инфекциясига, иммунологик ва морфологик текширишларга асосланди. Ошқозон-ичак тизимидан ўткир қон кетишнинг барча турларида шошилинч эндоскопик диагностика ва даволаш ўтказишга кўрсатма мавжуд эди.

Эндоскопияга тайёргарлик жараёни беморга мазкур муолажанинг аҳамияти ва зарурлигини тушунтиришдан бошланди. Ошқозон-ичак тизимидан қон кетиши бўлган беморларда ошқозон №16 Fr. зонд ёрдамида совуқ сув билан ювилди. Бу жараён Жане шприци орқали эмас, балки воронка ёрдамида амалга оширилди, чунки ЭГДФС вақтида шиллиқ қаватда ҳосил бўлиши мумкин бўлган “сўрғич” кўринишлари нотўғри талқин қилиниши эҳтимоли бор. Ювиш жараёни сув ранги очариб ёки мутлақ тиниқлашгунга қадар давом эттирилди. Агар бу натижага эришилмаса, қон кетиш манбасини аниқлаш ва жарроҳлик аралашуви зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун шошилинч эндоскопия тавсия этилди.

Шошилинч ЭГДФС доимий визуал назорат остида, айниқса, халқум ва қизилўнгачнинг оғзидан ўтаётганда эҳтиёткорлик билан амалга оширилди. Текширув қизилўнгачдан бошланиб, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда тугатилди. Қурилма чиқарилганда текширув яна бир бор такрорланди. Қон кетиш пайтида шиллиқ қаватда кўпинча қонли доғлар кузатилиб, қон кетишнинг аниқ манбасини белгилашни қийинлаштиради. Шу сабабли, текширувдан олдин шиллиқ қават қон ва лахталардан эҳтиёткорлик билан тозаланди.

ЭГДФС GIF-E (Olympus, Япония) қурилмалари ёрдамида бажарилди. Қизилўнгач ва эзофагогастрал туташма ҳолати баҳоланди, ошқозон қонутини мавжудлиги, лахта қолдиқлари, шиллиқ қаватдаги қон доғлари ва унинг морфологик ҳолати ўрганилди. Шунингдек, Маллори–Вейс синдроми, пилорик сфинктер очиқлиги, ўн икки бармоқли ичакнинг эрозив-геморрагик дуоденити, ўткир ва сурункали яралари, уларнинг локализацияси ва ҳажмига алоҳида эътибор қаратилди.

Монополяр диатермокоагуляция ЭХВЧ-200-01 (Россия) компаниясининг «ЭФА-0201» ускунаси ёрдамида амалга оширилди. Мулоҳажа пайтида қон кетиш манбасини ювиш имконини берувчи каналга эга Olympus CD-3U зондлари ва Söring ARCO-3000 ускунаси қўлланилди.

Инъекцион гемостаз учун қуйидаги инжекторлардан фойдаланилди: «Olympus» MAJ-70 ва NM-4L-1, «Wilson Cook» VIN-25 ҳамда «Ворсма» И-145. Инъекция 2–6 нуқтадан тўғридан-тўғри қон кетиш манбаи соҳасига киритилди. Аминокапрон кислота билан 3–4 марта суюлтирилган спиртли эритма эндоскопнинг асбоб канали орқали киритилган фторопластик катетер ёрдамида жойлаштирилди. Монополяр диатермокоагуляция перифериядан қон кетиш манбаси томирининг марказига қадар олиб борилди.

Яра анамнези таҳлилига кўра, 69 нафар (13,5%) беморда касаллик давомийлиги 1 йилгача, 53 нафарда (10,4%) — 5 йилгача, 154 нафарда (30,1%) — 5 йилдан ортиқни ташкил этган. Шу билан бирга, 234 нафар беморда (45,9%) ошқозон яраси анамнези мавжуд эмас. Ярали қон кетиш анамнези 73 нафарда (14,4%) қайд этилган. Илгари ошқозон яраси асоратлари муносабати билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлар сони 30 (5,8%) тани ташкил этган. Клиник белгилари: қабул вақтида 215 нафар беморда (42,2%) оғриқ синдроми кузатилган. 18 нафарда (3,5%) қизил қонли қусиш, 301 нафарда (59,1%) «кофе қуйқаси» кўринишида қусиш, 441 нафарда (86,5%) эса мелена (қора ахлат) қайд этилган. Беморларнинг икки учдан бир қисмида ҳолсизлик ва бош айланиши кузатилган. 243 нафар бемордан 148 тасида (47,6%) юрак-қон томир тизимининг сурункали касалликлари аниқланган. Гемостаз тизимидаги ўзгаришлар: яра нуқсони локализацияси ва асоратлар мавжудлигидан қатъи назар, барча гуруҳларда қоннинг гемостатик потенциали пасайиши ва гипокоагуляция ривожланиши кузатилган. Асоратланмаган ошқозон ярасида ҳам гемостазнинг бирламчи (тромбоцитар) ва плазма-коагуляцион звеноларида ўзгаришлар қайд этилган. Барча беморларда тромбоцитлар агрегацияси даражаси ўртача пасайган. Ошқозон-ичак қон кетиши бўлган беморларда тромбоцитлар агрегация вақти ва лейкоцитар заҳарланиш индекси (ЛЗИ) асосида баҳоланган экзоген интоксикация даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланган (r = +0,21).

Натижалар: 2007–2014 йилларда РШТЁИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимларида гастродуоденал ярали қон кетиши (ГЯҚК) ташхиси билан шифохонага ётқизилган 510 беморнинг клиник-назорат таҳлили ўтказилди.

Яра локализацияси беморларнинг 460 нафарида (90,2%) яра ўн икки бармоқли ичакда, 50 нафарида (9,8%) ошқозонда жойлашгани аниқланди (1-жадвал).

5-жадвал.

Яра локализацияси бўйича беморларнинг тақсимланиши

Локализация	Абс. сони	%
Ўн икки бармоқли ичак	460	90,2
Ошқозон	50	9,8
Жами	510	100

Дастлабки эндоскопия натижалари (F классификацияси бўйича) қабулда 13 беморда (2,6%) фаол артериал қон кетиш (F-IA), 46 беморда (9,0%) секин веноз қон кетиши (F-IB) аниқланган. 451 беморда (88,4%) қон кетиш тўхтаган ҳолда қуйидаги белгилари кузатилган: F-IIA – 28,0%, F-IIB – 37,0%, F-IIC – 22,0%, F-III – 1,4%. 5 беморда (0,9%) қон кетиш характери аниқланмаган (2-жадвал).

6-жадвал.

Дастлабки эндоскопия пайтида қон кетиш турлари

Қон кетиш тури	Абс. сони	%
F-IA (фаол артериал)	13	2,6
F-IB (фаол веноз)	46	9,0
F-IIA	143	28,0
F-IIB	189	37,0
F-IIC	112	22,0
F-III	7	1,4
Аниқланмаган	5	0,9
Жами	510	100

Қон кетиш оғирлиги ва геморрагик шок ҳолати 315 беморда (61,9%) енгил қон кетиш, 97 беморда (19,0%) ўртача, 81 беморда (15,7%) оғир, 17 беморда (3,4%) ўта оғир қон кетиш қайд этилди. 167 беморда (32,8%) геморрагик шок белгилари кузатилди: енгил – 22,5%, ўртача – 6,4%, оғир – 3,8%. Қолган 343 беморда (67,2%) шок белгилари кузатилмади (7-жадвал).

7-жадвал.

Қон йўқотиш оғирлиги ва шок ҳолати

Кўрсаткич	Абс. сони	%
Енгил	315	61,9
Ўртача	97	19,0
Оғир	81	15,7
Ўта оғир	17	3,4
Жами	510	100

Жарроҳлик аралашувлари 510 бемор-нинг 86 нафарида (16,9%) операция қилинди. Операция вақтига кўра: шошилинч (≤2 соат) – 24,4%, кечиктирилган-шошилинч (≤24 соат) – 10,2%, кечиктирилган (>24 соат) – 65,4%.

Операция турлари:

- Ошқозоннинг 2/3 қисмини резекция – 84,6%,
- Ваготомия билан органни сақлаш операциялари – 9,6%,
- Паллиатив аралашувлар (ярани тикиш ёки кесиш) – 5,8%.

Операциядан кейинги ўлим 6,7%, умумий ўлим 3,8% ташкил этди.

Даволаниш вақтида 37 беморда (7,2%) қон кетиш такрорланди. Локализацияга кўра: ўн икки бармоқли ичак – 7,2%, ошқозон – 6,6%. Эркакларда рецидив кўпроқ (6,7%) аёлларга (0,5%) нисбатан.

Ёш бўйича рецидив частотаси ≤19 ёш – 4,8%, 19–44 ёш – 5,2%, 45–59 ёш – 11,2%, 60–74 ёш – 10,9%, ≥75 ёш – 10,0%.

Қон йўқотиш оғирлиги ва рецидив хавфи енгил ва ўртача қон йўқотишда рецидив мос равишда 4,8% ва 5,7% ҳолларда, оғир қон йўқотишда – 11,4%, ўта оғир қон йўқотишда – 55% ҳолларда кузатилган.

Хулоса: Ярали гастродуоденал қон кетишида шошилинч операцияга кўрсат-

ма фақат консерватив чоралар, шу жумладан, бирламчи ва такрорий эндогемостазнинг комбинацияланган усулларини қўллаганда ҳам гемостазга эришишнинг имкони бўлмаганда бажарилиши керак. Сурункали яра касаллиги бўлган беморларда турғун профуз гастродуоденал қон кетиш радикал операцияга кўрсатма ҳисобланади, бунда танлов усули – меъдани кесиш усули бўлиб, бу операция 84,6% операция қилинган беморларда амалга оширилган. Орган сақловчи аралашувлар 10% беморларда, шунингдек, ярани тикиш ёки уни кесиш каби паллиатиф аралашувлар 5,8% беморларда амалга оширилган.

Forrest таснифи бўйича қон кетиш фаоллигининг эндоскопик белгилари ва беморларнинг аҳволини объектив баҳолашни ҳисобга олган ҳолда гастродуоденал яралардан қон кетиш учун АИТни қўллаш беморларни жарроҳлик даволашнинг дастлабки натижаларини яхшилашга ва операциядан кейинги асоратлар сонини 21% дан 11% га камайтиришга имкон берди, 3,8% ва 6,7% дан 1,2% ва 4,3% гача ва такрорий қон кетиш ҳолатларини 8,1% дан 4,4% гача камайтиради. АВТ дан фойдаланиш нафақат самарасиз, балки юқори ўлим билан ҳам тўла, бу такрорий қон кетишининг кеч ташхиси билан боғлиқ.

АДАБИЁТЛАР

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А. Обоснование лечебной тактики при кровотечениях из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С. 97-98.

2. Саламов А.С. Тактика лечения гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого возраста // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Материалы науч.-практ. конф. Ташкент, 2004. - С. 186-187.

3. Тимен Л.Я., Шерцингер А.Г., Сидоренко Т.П., Андреев А.В., Жигалова С.Б., Стоногин С.В. Геморрагический шок. Особенности эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. //Мат. Шестой Рос. гастроэнтерологической Недели 2327 окт.2000 г./ Москва 2000 С 129.

4. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Алтыев Б.К., Холматов Р.М., Маликов Ю.Р. Выбор способа оперативного вмещательства при язвенных кровотечениях // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: проблемы кровотечений в экстренной медицине: Материалы 3-й Респ. науч.-практ. конф. Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2003. - С. 343-344.

5. Barkun A.N. The role of intravenous proton pump inhibitors in the modern management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Drugs Today. 2003. Vol. 39, Suppl A. - P. 3-10.

6. Blecker D., Bansal M., Zimmerman R.L., Fogt F., Lewis J., Stein R., Kochman M.L. Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review // Amer. J. Gastroenterol. 2001. Vol. 96, № 3. - P. 902-905.

7. Cappell MS; Medscape. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2010 Apr;7(4):214-29.

8. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е.. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2000, 166 с.

9. Зильбер А.П. Респираторная медицина ч.2. Петрозаводск 1991 С. 252 253.

10. Золотокрылина Е.С. Постреанимационная болезнь. //Анестезиология и реаниматология 2000 №6 С. 6773.

11. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1994. № 1. - С. 11-14.

12. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Бурибаев Д.Г. Частота и спектр профузных гастродуоденальных кровотечений неязвенной этиологии Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: проблемы кровотечений в экстренной медицине: Материалы 3-й Респ. науч.-практ. конф. Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2003. - С. 228-229.

13. Калиш Ю.И., Худайбергенов Ш.А. Профузные кровотечения из пептических яза соустий при заболеваниях оперированного желудка //Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: проблемы кровотечений в экстренной медицине: Материалы 3-й Респ. науч.-практ. конф. Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2003. - С. 229-231.

14. Королев М.П. Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Маллори-Вейса // Вестн.хир. 1997.- № 3. - С. 38-39.

15. Осинов В. В. Значение факторов риска в развитии осложнений и определение лечебной тактики при язвенной болезни желудка: Автореф дис....канд. мед. наук.- М., 1996. - 28 с.