



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (71) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛБАСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (71)

2024

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.33/.34-007.61:616.36

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
(Обзор литературы)

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Саломов Н.И. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ **Резюме**

Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) у пациентов с циррозом печени являются серьезным осложнением, которое требует мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении. Цирроз печени осложняет течение язвенной болезни, увеличивая риск кровотечений, которые часто приводят к высоким уровням смертности даже при своевременном лечении. Современные методы диагностики включают эндоскопические и лабораторные исследования, а также неинвазивные подходы для оценки состояния печени и степени портальной гипертензии. Лечение основано на эндоскопической эндогемостазе и фармакологических препаратах. Прогноз зависит от тяжести цирроза и эффективности лечения, однако риск рецидива и смертности остается высоким.

Несмотря на достижения современной медицины, ГДЯК у пациентов с циррозом печени продолжают оставаться вызовом для врачей, требуя дальнейших исследований для улучшения методов диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: цирроз печени, гастродуоденальные язвы, кровотечения.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШ: ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ
(Адабиётлар шарҳи)

Urokov. Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov O'.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Salomov N.I. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020
E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ **Резюме**

Жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал ярали қон кетиш жиддий асорат бўлиб, диагностика ва даволашда индивидуал ёндашувни талаб қилади. Жигар циррози яра касаллигини мураккаблаштиради, қон кетиш хавфини оширади, бу кўпинча ўз вақтида даволаш билан ҳам юқори ўлим кўрсаткичларига олиб келади. Замонавий диагностика усуллари эндоскопик ва лаборатория текширувларини, шунингдек, жигар ҳолатини ва портал гипертензия даражасини баҳолаш учун инвазив бўлмаган ёндашувларни ўз ичига олади. Даволаш эндоскопик эндогемостаз ва фармакологик препаратларга асосланган. Натижа жигардаги цирроз жараёнининг оғирлиг даражасига ва даволаш самарадорлигига

боғлиқ, бўлсада, аммо қон кетишининг қайталаниши ва ўлим хавфи ҳозирги кунда ҳам юқори бўлиб қолмоқда.

Замонавий тиббиёт ютуқларига қарамай, жигар циррози билан касалланган беморларда ГДЯ қон кетишлар, шифокорлар учун муаммо бўлиб қолмоқда, шу сабабли унинг диагностика, даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш бўйича қўшимча тадқиқотларни талаб қилади.

Калит сўзлар: жигар циррози, гастродуоденал яралар, қон кетиш.

GASTRODUODENAL ULCER AND BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS OF THE LIVER: CURRENT DIAGNOSIS AND TREATMENT OPTIONS (literature review)

Urokov. Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Salomov N.I. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1

Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Resume

Gastroduodenal ulcerative bleeding in patients with cirrhosis of the liver, they are a serious complication that requires a multidisciplinary approach in diagnosis and treatment. Cirrhosis of the liver complicates the course of peptic ulcer disease, increasing the risk of bleeding, which often leads to high mortality rates even with timely treatment. Modern diagnostic methods include endoscopic and laboratory tests, as well as non-invasive approaches to assess the condition of the liver and the degree of portal hypertension. The treatment is based on endoscopic endohemostasis and pharmacological preparations. The prognosis depends on the severity of cirrhosis and the effectiveness of treatment, but the risk of recurrence and mortality remains high.

Despite the achievements of modern medicine, in patients with cirrhosis of the liver continues to be a challenge for doctors, requiring further research to improve methods of diagnosis, treatment and prevention.

Keywords: cirrhosis of the liver, gastroduodenal ulcers, bleeding.

Актуальность

Цирроз печени и язвенное кровотечение представляют собой два серьезных заболевания, имеющих значительную взаимосвязь и взаимозависимость. Патологические изменения, возникающие при циррозе печени (ЦП), могут усугублять риск развития язвенного кровотечения и ухудшать его исходы. Одним из основных осложнений ЦП является портальная гипертензия (ПГ) - повышение давления в системе воротной вены, что приводит к расширению вен пищевода и желудка. Эти варикозные расширенные вены являются источником потенциально смертельно опасных кровотечений [6, 7, 29, 34].

По данным ВОЗ, смертность после кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет около 10%. Несмотря на улучшения в хирургическом лечении язв, этот показатель остается относительно стабильным на протяжении последних десятилетий [9, 28, 34].

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) часто встречаются при ЦП. Несмотря на то, что основным источником кровотечения является варикозно-расширенные вены пищевода и желудка (ВРВПиЖ), все же у части пациентов наблюдались кровотечения из гастродуоденальных язв (ГДЯ) [4, 12, 13, 18, 19].

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ являются важной проблемой общественного здравоохранения, распространенность которой составляет 150 на 100 тысяч человек в год [17, 25, 27].

В клинической практике острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) является критическим состоянием, а ЦП при ЖКК - одним из наиболее смертоносных осложнений у таких больных [5].

Основными причинами были заболевания, связанные с портальной гипертензией, такие как ВРВПиЖ, портальная гипертензионная гастропатия (ПГГ) и другие заболевания, наблюдаемые в общей популяции, такие как пептическая язва, острое поражение слизистой оболочки желудка и т.д. [7].

Хотя ЖКК у больных с ЦП в основном вызван кровотечениями из ВРВП и Ж, язвенные кровотечения также может быть обнаружен в относительно небольшой части. Кровотечение является одним из частых и тяжелых осложнений язвенной болезни, а дисфункция печени и нарушения свертываемости крови еще больше увеличивают риск у пациентов с язвенной болезнью [10, 12].

Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) у больных с ЦП представляют собой серьезную медицинскую проблему, требующую комплексного подхода в диагностике и лечении. Цирроз печени сам по себе осложняет течение язвенной болезни, а наличие кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта значительно увеличивает риск летального исхода. В данной обзорной статье будут рассмотрены современные методы диагностики и подходы к лечению ГДЯК у пациентов с ЦП.

Цирроз печени является терминальной стадией различных хронических заболеваний печени, и на этой стадии пациенты часто сталкиваются с осложнениями, которые требуют неотложной медицинской помощи. ГДЯК - одно из таких осложнений, при котором риск смертности может достигать 30-50% даже при своевременном медицинском вмешательстве. Это связано с нарушением коагуляции, портальной гипертензией, и общим снижением иммунной защиты организма. Несмотря на современные достижения в медицине, контроль над кровотечением остается трудной задачей.

По данным различных исследований, ГДЯК наблюдаются у 4-15% пациентов с ЦП, при этом у 50-70% больных выявляются рецидивы кровотечения в течение первого года после первого эпизода [14, 15].

Само по себе проблема требует мультидисциплинарного подхода и внедрения новых методов диагностики и лечения. В последние годы исследования показывают, что улучшение диагностики и эндоскопических методов лечения существенно снижает риск рецидивов и повышает выживаемость пациентов. Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) у пациентов с ЦП представляют собой серьезную проблему в современной гастроэнтерологии и гепатологии. Частота их возникновения и смертность остаются высокими, несмотря на прогресс в диагностике и лечении [3,5,7].

Хотя кровотечения из ЖКТ у пациентов с ЦП в основном вызван ВРВПиЖ, но при пептической язве также может быть обнаружен в относительно небольшой части. Кровотечения являются одним из частых и тяжелых осложнений язвенной болезни, а дисфункция печени и нарушения свертываемости крови еще больше увеличивают риск кровотечения из ЖКТ у пациентов с язвенной болезнью. Заболеваемость и распространенность пептической язвы у пациентов с ЦП увеличились [11, 31, 32, 37].

Однако язвенные кровотечения при язвенной болезни у пациентов с ЦП и эндоскопическое наличие изучался редко.

Огей С. и соавт. (2021) в своём обзоре подчёркивают, что ГДЯК у пациентов с ЦП часто осложняются ПГ, что увеличивает риск кровотечений и усложняет их лечение. Они акцентируют внимание на важности ранней диагностики и использования современных методов эндоскопической диагностики и лечения.

Garcia-Tsao G. и соавт. (2022) отмечают, что лечебный к ГДЯК у больных ЦП требует индивидуального подхода, включающего не только гастроэнтерологов, но и гепатологов и хирургов. Они также подчеркивают роль профилактического лечения и раннего применения медикаментозных средств для снижения риска повторных кровотечений [15].

Lo G.H. и соавт. (2023) исследовали применение новых эндоскопических методов в лечении ГДЯК у пациентов с ЦП и отметили их высокую эффективность в снижении риска рецидива кровотечений. Они также рассматривают перспективы использования комбинированной терапии с вазопрессорами и антибиотиками.

Weinman E. и соавт. (2024) выделяют современные методы прогнозирования исходов у пациентов с ЦП и ГДЯК, включая использование прогностических моделей и биомаркеров, что позволяет более точно оценивать риски и выбирать оптимальную тактику лечения.

Исследования показывают, что у пациентов с ЦП существует повышенный риск возникновения пептических язв, связанных с повышенной чувствительностью слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки к агрессивным факторам, таким как желчные кислоты и алкоголь. Частота пептических язв у таких пациентов в 5-8 раз выше, чем у людей без цирроза, что связано с высоким уровнем смертности, достигающим 20% [23].

Состояние системы свертывания крови у пациентов с портальной гипертензией и циррозом печени.

Печень играет ключевую роль в поддержании химического гомеостаза организма, выполняя функции поглощения, трансформации и удаления продуктов жизнедеятельности из крови. Она обезвреживает токсические вещества, которые затем выводятся почками и кишечником или используются для синтеза необходимых химических соединений. При ЦП происходят значительные нарушения гомеостаза, обусловленные активностью патологического процесса и степенью морфологических изменений органа. Гипопротейнемия, особенно гипоальбуминемия, играет важную роль в этих нарушениях, так как она обеспечивает онкотическое давление крови, способствующее удержанию воды в кровеносном русле.

Печень играет ключевую роль в синтезе белков, участвующих в процессе свертывания крови. При ЦП синтез этих белков нарушается, что увеличивает риск кровотечений, включая язвенные кровотечения. Это состояние, известное как коагулопатия, делает кровотечения более трудно контролируемыми и более опасными для жизни пациентов [7].

Этиопатогенез. Цирроз печени сопровождается значительными изменениями в организме, которые создают условия для развития язвенных поражений и последующего кровотечения. В основе патогенеза ГДЯК при ЦП лежат несколько ключевых факторов:

Портальная гипертензия (ПГ). При циррозе печени наблюдаются гемодинамические нарушения в портальной системе, которые отражаются на функциях органов желудочно-кишечного тракта. Тесные функциональные взаимосвязи печени с органами ЖКТ и взаимные гуморальные влияния способствуют развитию патологических процессов в желудке и двенадцатиперстной кишке. ПГ приводящая к увеличению давления в венозных сосудах желудка и двенадцатиперстной кишки. Исследования показывают, что нарушение микроциркуляции в стенке желудка также играет роль в патогенезе язвенного кровотечения, способствуя нарушению кровоснабжения и усиливая воспалительный процесс (Chen, L. et al., 2009).

Нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и кишечника приводят к циркуляторной гипоксии, что снижает регенеративные способности тканей. Это, в свою очередь, увеличивает риск развития эрозий и язв. Недостаток кислорода в тканях ухудшает процессы заживления и восстановления слизистой оболочки, приводя к хроническим заболеваниям, таким как гастриты и язвенная болезнь [8].

Взаимосвязь язвенного кровотечения и ЦП приводит к ряду биохимических изменений в организме, которые отражают как прогрессирующее повреждение печени, так и влияние язвенного процесса.

Коагулопатия, обусловленная снижением синтеза факторов свертывания в печени. При ЦП снижается синтез белков, включая альбумин и факторы свертывания крови, что обусловлено утратой функциональных гепатоцитов. Это приводит к гипоальбуминемии и коагулопатии, увеличивая риск кровотечений. Также, повышение уровня билирубина в крови является общим признаком цирроза, указывающим на нарушение способности печени обрабатывать и выделять билирубин. Это может проявляться желтухой. Нарушение функции печени ведет к ухудшению детоксикации аммиака. Повышенный уровень аммиака в крови может способствовать развитию печёночной энцефалопатии.

Снижение продукции простагландинов, что ведет к нарушению защиты слизистой оболочки желудка. Язвенное кровотечение начинается с повреждения защитного слоя слизи, который обычно защищает слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки от агрессивного действия желудочного сока. Как только слизистый барьер нарушен, кислота и пепсин проникают в глубокие слои слизистой оболочки, поражая кровеносные сосуды, что приводит к кровотечению (Sung, J.J., 1997).

Инфекция *Helicobacter pylori*: По данным многочисленных исследований, *Helicobacter pylori* является ведущим фактором риска развития язвенной болезни. Бактерия вызывает хронический гастрит, который может привести к формированию язв и последующему кровотечению. Эта связь подтверждена многими клиническими исследованиями (Graham, D.Y., 2014). Роль *H. pylori* в развитии эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническими заболеваниями печени остается предметом обсуждений. Частота их выявления варьируется от 47,3% до 73,9-76,3% [20, 35].

По мнению исследователей, эта частота не зависит от этиологии циррозов печени и их функциональной активности по критериям Child-Pugh. Однако S. Ischiyanagui и соавторы [21] считают, что язвы, связанные с *H. pylori*, четко коррелируют со степенью декомпенсации печени по критериям Child-Pugh.

Но, к сожалению, в научных публикациях очень мало информации о роли *Helicobacter pylori* в возникновении язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ЦП.

Очень мало внимания отводится инфекционным осложнениям при ГДЯК, кроме как *Helicobacter pylori*. В свою очередь при ЦП повышается проницаемость кишечника, что может привести к попаданию бактериальных эндотоксинов в системный кровоток, способствуя системному воспалению и ухудшению состояния печени. Эти биохимические изменения могут усугубляться наличием язвенного кровотечения, которое само по себе может вызывать дополнительные изменения, такие как анемия и дальнейшие нарушения водно-электролитного и кислотно-основного баланса. Все это требует комплексного подхода к лечению и тщательного мониторинга пациентов с ЦП и язвенным кровотечением.

Взаимосвязь между циррозом печени и язвенным кровотечением представляет собой сложную клиническую проблему. Изменения, вызванные циррозом, такие как ПГ и нарушения свертывания крови, могут значительно увеличить риск развития и ухудшить исходы язвенного кровотечения. Это подчеркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению у пациентов с ЦП, особенно у тех, кто подвержен риску развития язвенных кровотечений.

Этот обзор современных данных о ЦП подчеркивает значимость заболевания, предоставляет глубокое понимание взаимосвязи между двумя заболеваниями в глобальном масштабе и необходимость продолжения исследований для улучшения диагностических и лечебных стратегий.

Клиника: Часто первым проявлением язвенной болезни у пациентов с диффузными поражениями печени становится гастродуоденальное кровотечение из язв, которое носит тяжёлый и внезапный характер [22]. По данным Ф.Г. Назырова и соавторов [2], у 37,7% из 254 оперированных пациентов ЦП был выявлен во время оперативных вмешательств на органах брюшной полости. T. Lehnert и C. Herfarth [26] при хирургическом лечении 69 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 33,3% случаев обнаружили ЦП.

Наличие общего венозного коллектора у желудка и печени позволяет считать, что одним из патогенетических механизмов, способствующих язвообразованию и отягощающих течение заболевания, является ПГ [10]. Это может вызвать расширение вен пищевода и желудка, а также развитие варикозных вен, которые могут кровоточить. ПГ также способствует возникновению гастропатии (изменения в слизистой оболочке желудка, связанные с повышенным давлением в портальной вене) (PLOS). Эффективными мерами в этом случае являются те, которые направлены на снижение портального давления, что улучшает микроциркуляцию в тканях органов портального бассейна. Важное значение имеют сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, которые влияют на общую и регионарную гемодинамику, способствуя развитию ишемии ЖКТ и его структур, в том числе и слизистой оболочки.

В патогенезе язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки при ЦП значительную роль играет дуоденогастральный рефлюкс. Этот рефлюкс наблюдается у 44-50% пациентов с заболеваниями печени, тогда как у лиц без патологии печени он встречается в 8-10% случаев. У таких пациентов часто развивается хронический гастрит с гиперплазией и кишечной метаплазией желудка [1].

Гемодинамические нарушения могут влиять на моторику желудка и кишечника. Например, снижение кровотока может приводить к нарушению перистальтики и замедлению транзита содержимого по ЖКТ. Это может привести к развитию симптомов диспепсии, вздутию живота и запорам.

Высокая частота и тяжесть осложнений. По данным исследований, частота возникновения ГДЯК у пациентов с ЦП составляет до 25% в течение жизни. Учитывая значительное распространение цирроза, особенно в связи с увеличением числа пациентов с хроническими вирусными гепатитами и алкоголизмом, количество случаев ГДЯК продолжает расти.

У пациентов с ЦП кровотечения имеют более тяжелое течение из-за нарушений в системе свертывания крови, снижения числа тромбоцитов и общего ослабления организма. Это приводит к высокому риску повторных кровотечений и более длительному восстановлению.

Смертность от ГДЯК у пациентов с ЦП остается высокой, достигая 15-20% в течение первых 6 недель после эпизода кровотечения. Это связано с сопутствующими осложнениями цирроза и недостаточной эффективностью некоторых методов лечения [14].

Частые рецидивы кровотечений, длительные периоды госпитализации и необходимость в интенсивной терапии значительно увеличивают заболеваемость среди пациентов. Качество жизни у таких больных существенно страдает из-за постоянного риска новых эпизодов кровотечения и необходимости в постоянном медицинском наблюдении [14].

Лечение: Консервативное лечение является ключевым аспектом управления язвенным кровотечением, особенно у пациентов с ЦП, у которых риск осложнений выше. Основная цель консервативного лечения - контроль кровотечения, устранение причин язвообразования и профилактика рецидивов.

1. Препараты для снижения кислотности: Ингибиторы протонной помпы (ИПП), такие как омепразол или пантопразол, часто используются для снижения кислотности желудочного сока и поддержания pH на уровне, способствующем заживлению язв. Исследование Sung et al. (2010) показало, что ИПП эффективно снижают риск рецидивов кровотечений и ускоряют заживление язв.

2. Профилактика ПГ: Бета-блокаторы (например, пропранолол) могут использоваться для снижения давления в портальной вене, что важно для предотвращения варикозных кровотечений, связанных с ЦП. Исследование Garcia-Tsao et al. (2007) подтвердило, что бета-блокаторы эффективны в профилактике первичных и вторичных кровотечений.

3. Эндоскопическая терапия: Хотя это и не чисто консервативный метод, эндоскопическая терапия является важным компонентом лечения активного язвенного кровотечения. Эндоскопическая гемостаза, включая инъекционную терапию или коагуляцию, часто используется для остановки кровотечения. Работа Laine et al. (2012) подчеркивает эффективность эндоскопических методов в управлении гастродуоденальным кровотечением. [24].

4. Препараты для лечения ПГ: Вазопрессин и его аналоги (например, терлипрессин) могут применяться для уменьшения кровотечения из варикозно расширенных вен. Исследование de Franchis et al. (1996) показало, что терлипрессин эффективен в уменьшении кровотечения и улучшении выживаемости у пациентов с варикозным кровотечением.

Эти методы консервативного лечения, основанные на современных исследованиях, позволяют эффективно управлять язвенным кровотечением у пациентов с ЦП, уменьшая риск осложнений и повышая шансы на успешное исцеление.

Несмотря на это, больные с кровотечением из верхних отделов ЖКТ у пациентов с ЦП связаны с повышенным уровнем неспособности остановить кровотечение и могут привести к смертности при возникновении бактериальных инфекций [16, 36].

Об этом свидетельствуют сообщения, показывающие, что пероральное введение невоссасывающихся антибиотиков заметно снижает частоту бактериальных инфекций у пациентов с ЦП и ЖКТ [30].

Многоцентровое проспективное исследование, проведенное в Италии, показало, что у 10% пациентов с ЦП возникает повторное кровотечение, и 15% из них умерли в течение 6 недель после острого неварикозного кровотечения из верхних отделов ЖКТ [12, 13].

Поэтому мы провели это исследование, чтобы выявить факторы риска, которые предсказывают повторное кровотечение, бактериальные инфекции, смертность и влияние антибиотикопрофилактики на смертность на разных стадиях ЦП после острого язвенного кровотечения.

Неудивительно, что неотложные операции и операции по поводу осложненной язвенной болезни сопровождаются более высоким уровнем послеоперационных осложнений и

смертности. Результаты лечения улучшатся только в том случае, если будут распознаны факторы риска хирургического лечения, и они будут поддаваться лечению.

Известно, что оперативные вмешательства у пациентов с ЦП характеризуются особенно высокой послеоперационной летальностью. Однако имеется лишь ограниченная информация о конкретных клинических проблемах, связанных с хирургическим лечением язвенной болезни у пациентов с ЦП (статья Томаса Ленерта, доктор медицины, и Кристиана Херфарта, кафедры хирургии Гейдельбергского университета, Гейдельберг, Германия). Хирургическое вмешательство при язвенном кровотечении у пациентов с ЦП обычно рассматривается как вариант лечения при неудачном консервативной терапии или при рецидивирующем кровотечении [26].

Эти хирургические методы являются важной частью арсенала лечения язвенного кровотечения, особенно в сложных случаях или при наличии ЦП. Они должны рассматриваться в контексте общего состояния пациента и риска связанных осложнений.

Несмотря на это, имеются много недостатков хирургического лечения кровотечений из язв желудка и ДПК у больных ЦП.

Пациенты с ЦП имеют повышенный операционный риск из-за ослабленного состояния здоровья, нарушения свертываемости крови и других сопутствующих заболеваний. Сложность хирургических вмешательств и высокой вероятности послеоперационных осложнений связаны с высоким риском послеоперационных осложнений, таких как инфекции, печеночная недостаточность, асцит и рецидив кровотечений. Из-за общего ослабленного состояния больные ЦП медленнее восстанавливаются после операции, медленное заживление анастомозов и послеоперационных осложнений в виде нагноение раны, эвентерация и т.д., что увеличивает время пребывания в больнице и вероятность развития госпитальных инфекций. Пациенты с ЦП имеют низкие показатели выживаемости после хирургических вмешательств, особенно при наличии тяжелого цирроза (класс В и С по классификации Чайлд-Пью) [3, 33].

Нерешенные вопросы в лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений (ГДЯК) у больных с ЦП. Несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения ГДЯК у пациентов с ЦП, остается ряд нерешенных вопросов и проблем, которые требуют дальнейшего изучения и разработки новых подходов.

Хотя эндоскопия является основным методом лечения ГДЯК, эффективность эндоскопических вмешательств может быть ограничена у пациентов с циррозом из-за повышенной кровоточивости и сложности доступа к источнику кровотечения. Поэтому необходимо, разработать новых эндоскопических методик и инструментов, которые обеспечат более эффективное и безопасное лечение. Улучшение протоколов подготовки пациентов к эндоскопии и использования комбинированного эндогемостаза, чтобы минимизировать риск рецидива и повысить эффективность процедур.

Применение ИПП, вазопрессоров и антибиотиков является стандартом в лечении, но у пациентов с циррозом часто наблюдаются побочные эффекты и недостаточная эффективность. Просматривается необходимость разработки новых схем, и оптимизация дозировок существующих препаратов, которые будут более эффективны и безопасны для пациентов с ЦП.

Заключение

Таким образом, кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются серьезной проблемой, особенно у пациентов с ЦП. Эти состояния характеризуются высокой смертностью и частотой рецидивов кровотечений, что требует особого внимания к методам диагностики и лечения. ЦП осложняет лечение язвенной болезни, влияя на свертываемость крови и регенерационные способности тканей.

ГДЯК у пациентов с ЦП имеют свои уникальные клинические особенности, связанные с патологическими изменениями, характерными для ЦП.

Немаловажной проблемой является определение точного источника кровотечения у пациентов с ЦП представляет собой значительную трудность. Кровотечения могут быть вызваны не только из расширенных ВРВП, вызванных ПГ, но и язвенной болезнью, что затрудняет диагностику.

Существующие на сегодняшний день медикаментозные средства, включая ИПП и H₂-блокаторы, часто оказываются недостаточно эффективны у пациентов с ЦП, что приводит к

частым рецидивам кровотечения и вынужденным оперативным методам лечения. Это связано с изменением метаболизма препаратов и общим состоянием пациентов.

Хирургическое вмешательство у пациентов с ЦП связано с высоким риском осложнений из-за сниженной свертываемости крови и общей слабости организма. Необходимы новые хирургические техники и методы, минимизирующие инвазию и снижающие риск послеоперационных осложнений.

Разработка протоколов для эффективного мониторинга состояния пациентов после проведенных лечебных мероприятий является важной задачей. Проблема повторных кровотечений требует долгосрочной терапии и тщательного наблюдения. Введение новых технологий мониторинга и методов раннего выявления рецидивов кровотечений может значительно улучшить результаты лечения.

Необходима интеграция мультидисциплинарного подхода, включающего гастроэнтерологов, гепатологов, эндоскопистов и хирургов, являющиеся ключевым элементом в лечении этих пациентов. Необходимы новые алгоритмы лечения, учитывающие специфику ЦП и ассоциированных с ним осложнений. Комплексный подход позволит улучшить результаты лечения и снизить риск осложнений.

Решение нерешенных вопросов диагностики и лечения кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне ЦП требует дальнейших клинических исследований и внедрения новых методик. Улучшение диагностических и лечебных подходов, а также разработка новых препаратов и технологий, позволит значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов с этими тяжелыми заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гончарик И.И. Болезни желудка и кишечника: Справ. Пособие. - Минск: Высшей. шк., 1994; 160 с.
2. Назыров Ф.Г., Уроков Ш.Т. //Хирургия Узбекистана 1999;1:3-4.
3. "Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies" (Journal of Hepatology, 2006).
4. Afessa B., Kubilis P.S. Upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: clinical course and mortality prediction. //Am J Gastroenterol 2000;95:484-489.
5. Amitrano L., Anna Guardascione M., Manguso F., Bennato R., Bove A., DeNucci C., et al. The effectiveness of current acute variceal bleed treatments in unselected cirrhotic patients: refining short-term prognosis and risk factors. //Am J Gastroenterol 2012;107:1872-1878.
6. Augustin S, González A, Genescà J. Acute esophageal variceal bleeding: Current strategies and new perspectives. //World J Hepatol. 2016;8(9):293-305. DOI: 10.4254/wjh. v8. i9.293.
7. Baveno V.I. Consensus Workshop. Methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. //J Hepatol. 2015;63(3):743-752. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.05.022.
8. Björnsson E, Kalaitzakis E, et al. Incidence and prognosis of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Gut. 2012.
9. Cales P, Oberti F, Payen JL, et al. Liver biopsy in patients with cirrhosis and variceal bleeding. //Hepatology. 2000;32(3):528-536. DOI: 10.1053/jhep.2000.16611.
10. Chen C.Y., Lin C.Y., Chang T.T. et al. A simple maneuver for placing an overtube during endoscopic variceal ligation (letter) //Gastrointest. Endosc. 1995;41(1):83.
11. Cryer B. Spechler S.J. Peptic ulcer disease. In Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 8th edn (eds Felman, M. et al.) 2006;1089-1110. (Saunders, Philadelphia, 2006).
12. D'Amico G, De Franchis R, Cooperative Study Group. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators. //Hepatology. 2003;38:599-612.
13. D'Amico G, De Franchis R. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators. //HEPATOLOGY 2003;38:599-612.
14. De Franchis R, Baveno VI Faculty. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. //J Hepatol. 2015.
15. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. //Hepatology. 2007.

16. Goulis J, Armonis A, Patch D, Sabin C, Greenslade L, Burroughs AK. Bacterial infection is independently associated with failure to control bleeding in cirrhotic patients with gastrointestinal hemorrhage. //Hepatology vol. 1998;27:1207-12.
17. Hearnshaw S. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. Gut 60, 1327–1335.
18. Holland-Bill L, Christiansen CF, Gammelager H, Mortensen RN, Pedersen L, Sørensen HT. Chronic liver disease and 90-day mortality in 21 359 patients following peptic ulcer bleeding a Nationwide Cohort Study. //Aliment Pharmacol Ther 2015;41:564-572.
19. Hsu YC, Lin JT, Chen TT, Wu MS, Wu CY. Long-term risk of recurrent peptic ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis: a 10-year nationwide cohort study. //HEPATOLOGY 2012;56:698-750.
20. Imoto L, Yoshida M., Shida Y., Iparraguirre H. Campylobacter pylori infection and gastric mucosal lesions in patients with chronic liver diseases //J. Gastroenterol. Hepatol. 1989;4(1):75-77.
21. Ischiyanagui C., Lozano R., Huaman C. Et al. Peptic ulcer in patients with cirrhosis //Rev. Gastroenterol. Peru. 1995;15:15-19.
22. Jutabha R., Jensen D.M. Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease //Med. Clin. North. Am. 1996;80(5):1035-1062.
23. Kadri Atay, Tugçe Eskazan, Ayse Salihoglu and Ibrahim Hatemi. Biomedical Research 2017;28 (12):5620-5622 Fatal gastrointestinal bleeding and perforated duodenal ulcer: a rare complication of deferasirox in a patient with liver cirrhosis.
24. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. //Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345-360. DOI: 10.1038/ajg.2011.480.
25. Lau J.Y., Barkun A., Fan D.M., Kuipers E.J., Yang Y.S., Chan F.K. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. //Lancet 2013;381:2033-2043.
26. Lehnert T., Herfarth C. Peptic ulcer surgery in patients with liver cirrhosis //Ann. Surg. 1993;217(4):338-346.
27. Leontiadis G.I., Molloy-Bland M., Moayyedi P., Howden C.W. Effect of comorbidity on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis. //Am J Gastroenterol 2013;108:331-345), а смертность в стационаре может достигать 10%.
28. Rambaldi A, Gluud C. Propranolol for primary prevention of oesophageal varices in cirrhosis. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1).
29. Reiberger T, Mandorfer M. Beta adrenergic blockade and decompensated cirrhosis. //J Hepatol. 2017;66(4):849-859. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.11.003.
30. Rimola A, Bory F, Teres J, Perez-Ayuso RM, Arroyo V, Rodes J. Oral, nonabsorbable antibiotics prevent infection in cirrhotics with gastrointestinal hemorrhage. //Hepatology. 1985;3:463-7.
31. Siringo, S. et al. Peptic ulcer and its course in cirrhosis: an endoscopic and clinical prospective study. //J. Hepatol. 1995;22:633-641.
32. Siringo S. et al. Peptic ulcer in patients with liver cirrhosis: a retrospective endoscopic and clinical study. //Ital. J. Gastroenterol. Hepatol. 1997;29:62-68.
33. The evolution in the definition of acute-on-chronic liver failure" (Journal of Hepatology, 2012).
34. Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. //Gut. 2015;64(11):1680-1704. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309262.
35. Tsai C.J. Does quantitative serologic testing for Helicobacter pylori predict peptic ulcer disease in cirrhosis //Gastrointest. Endosc. 1999;50:381-386.
36. Vivas S, Rodríguez M, Palacio MA, Linares A, Alonso JL, Rodrigo L. Presence of bacterial infection in bleeding cirrhotic patients is independently associated with early mortality and failure to control bleeding. //Dig Dis Sci. 2001;46:2752-2762.
37. Zullo A., Hassan C. Morini S. Helicobacter pylori infection in patients with liver cirrhosis: facts and fiction. //Dig. Liver Dis. 2003;35:197-205. Siringo и др.

Поступила 20.08.2024