



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

11 (73) 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. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМООНОВ
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. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36-005.1-002-089.168

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛИ ҚОН КЕТИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

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

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

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

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро ш. А. Навоий. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Ўзбекистон Республика шoшилiнч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро, кўч. Баҳоуддин Нақшбандий 159, тел: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетиши коагулопатия, портал гипертензия ва жигар функциясининг бузилиши билан боғлиқ патологик жараёнлар туфайли мураккаб клиник муаммо ҳисобланади. Адреналин инъекцияси ва қон қуйилаётган томирларни клиппирлашни ўз ичига олган эндоскопик гемостазнинг комбинациялашган усуллари, шунингдек профилактик антибактериал терапия қўллаш орқали рецидивлар ва ўлим ҳолатларини камайтиришга эришилди. Асосий гуруҳда қон кетишларнинг қайталаниши 5% ни, ўлим кўрсаткичи эса 5% ни ташкил этган бўлиб, назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар (рецидивлар – 21%, ўлим – 18,4% га) нисбатан сезиларли даражада пастлиги аниқланди. Асосий асоратлар ва ўлим хавфи омиллари Чайлд-Пью бўйича циррознинг оғир даражаси ва инфекция асоратлар, жумладан спонтан бактериал перитонит ва пневмония бўлиб қолмоқда. Жигар циррози ва портал гипертензияси мавжуд бўлган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетиши комплекс ёндашувни талаб қилади, шу жумладан варикоз томирларни профилактик эндоскопик лигирлашни ҳам.

Калит сўзлар: Гастродуоденал яралар, жигар циррози, коагулопатия, рецидив, комбинацияланган эндогемостаз, адреналин инъекцияси ва клиппирлаш, антибактериал терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

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

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

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

Бухарский 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

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

✓ Резюме

Кровотечения из гастродуоденальных язв у пациентов с циррозом печени представляют собой сложную клиническую проблему, обусловленную коагулопатией, портальной гипертензией и нарушением функции печени. Использование комбинированных методов эндоскопического гемостаза, включая адреналиновую инъекцию и клиппирование кровоточащих сосудов, а также профилактическую антибактериальную терапию, позволило снизить частоту рецидивов и смертность. В основной группе рецидивы

кровотечений составили 5%, а смертность - 5%, что значительно ниже по сравнению с контрольной группой (рецидивы - 21%, смертность - 18,4%). Основными факторами риска осложнений и смерти оставались тяжесть цирроза по Чайлд-Пью и инфекционные осложнения, такие как спонтанный бактериальный перитонит и пневмония. Кровотечения из гастродуоденальных язв у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией требуют комплексного подхода, включая профилактическое эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода.

Ключевые слова: Гастродуоденальные язвы, цирроз печени, коагулопатия, рецидив, комбинированный эндогемостаз, адреналиновая инъекция и клиппирование, антибактериальная терапия.

TREATMENT OUTCOMES FOR GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

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

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

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

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: rnfo@bsmi.uz

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ *Resume*

Gastric and duodenal ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis represents a complex clinical issue due to coagulopathy, portal hypertension, and impaired liver function. The use of combined endoscopic hemostasis methods, including adrenaline injection and vessel clipping, along with prophylactic antibiotic therapy, has proven effective in reducing recurrence rates and mortality. In the main group, the recurrence of bleeding was 5%, and mortality was also 5%, significantly lower compared to the control group (recurrences – 21%, mortality – 18.4%). The primary risk factors for complications and death were the severity of cirrhosis (as classified by the Child-Pugh score) and infectious complications such as spontaneous bacterial peritonitis and pneumonia. Bleeding from gastric and duodenal ulcers in patients with liver cirrhosis and portal hypertension requires a comprehensive approach, including prophylactic endoscopic ligation of varicose veins.

Keywords: *Gastric and duodenal ulcers, liver cirrhosis, coagulopathy, recurrence, combined endoscopic hemostasis, adrenaline injection, vessel clipping, antibiotic therapy.*

Долзарблғи

Жигар циррози (ЖЦ) билан касалланган беморларда гастродуоденал яралардан (ГДЯ) қон кетиши, коагулопатия, портал гипертензия ва жигар фаолияти бузилиши туфайли, даволаш жараёнига қийинчиликларни келтириб чиқаради [3,4,5].

Ушбу мақолада эндоскопик, медикаментоз ва жарроҳлик аралашувларини ўз ичига олган турли даволовчи ёндашувлар натижалари баҳоланади. Шунингдек, ЖЦ оғирлигига асосланган ҳолда индивидуал даволаш стратегияларининг аҳамияти алоҳида таъкидланади [1, 2].

Маълумки, ЖЦ билан касалланган беморларда ўткир қон кетишини даволашдан кейинги прогноз етарли даражада ўрганилмаган. Асосан кўпчилик тадқиқотлар, қизилўнғач ва ошқозон варикоз томирларининг кенгайишидан қон кетиши кузатилган беморларга қаратилган. Шунинг учун бизнинг ушбу тадқиқотимиз, ЖЦ аниқланган беморларда ГДЯ қон кетишлар эхтимоллиги, такрорий қон кетиш сабаблари, унга олиб келувчи хавф омиллари, бактериал инфекцияларнинг роли ва профилактик антибактериал терапиянинг ўлим кўрсаткичларига таъсирини ўрганишга қаратилган.

Жигар циррози бўлган беморлар қайта қон кетиш хавфининг ошишига мойил бўлиб, жигар циррози билан касалланмаган беморларга нисбатан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари юқори бўлади. Самарали даволаш тезкор эндогемостаз, фармакологик кучайтирилган терапия, жигар

функциясини яхшилаш ва фаолиятининг динамик назоратини ўз ичига оладиган мултидисциплинар ҳолатдир. Ушбу мақолада турли даволаш (консерватив, эндоскопик ва жаррохлик) усулларининг натижалари кўриб чиқилиб, беморларнинг даволаш натижаларини яхшилаш учун даволашни оптималлаштирилишининг аҳамияти таъкидланади.

Тадқиқот мақсади: Жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишини даволаш натижаларини таҳлилий ўрганиш.

Материал ва усуллар

РШТЁИМ Бухоро филиали шошилич хирургия, реанимация ва интенсив терапия бўлимларида 2020 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда ретроспектив ва 2022-2024 йиллар давомида текширилган ва даволанган проспектив ошқозон ичак тракти юқори қисмидан (ОИТЮК) қон кетиш билан даволанган 2190 бемор касаллик тарихлари таҳлил натижалари ўрганиб чиқилди.

Назорат (ретроспектив текшириш) сифатида қабул қилинган бу беморлар орасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан (ГДЯ) қон кетишдан 1270 (58%), қизилўнгач варикоз кенгайган вена томирларидан (ҚВКВТ) дан қон кетиш 700 (32%), яллиғланишга қарши ностероид праператлар (ЯҚНСП) ва медикаментлар қабул қилган беморлар 220 (10%) кишини ташкил қилди. Ушбу кўрсаткичга Маллоре-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш ва бошқа кам учрайдиган патологиялар ҳисобга олинмади.

РШТЁИМ Бухоро филиалида 2020 йилдан 2022 йилгача шошилич хирургия, реанимация ва интенсив терапия бўлимларида ретроспектив, 2022-2024 йилларда эса проспектив тарзда ошқозон-ичак тизимининг юқори қисмидан (ОИТЮК) қон кетиш билан даволанган 2190 беморнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинди.

Беморларнинг консерватив, эндоскопик, жароҳлик усулларида даволаниш натижалари, диагностика маълумотлар, касалликнинг клиник кечиш динамикаси, лаборатор кўрсаткичлар динамикаси, қон кетишнинг қайталаниши (рецидив), ётоқ кунлари, ўлим кўрсаткичлари ва бошқа параметрлари таҳлил қилинди.

Эндоскопик текширувлардан ташқари, беморларга заруратга кўра МРТ, МСКТ ва УТТ, жигар эластометрияси каби кенгайтирилган инструментал текширишлар ўтказилди. Маллори-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш ва бошқа кам учрайдиган патологиялар таҳлилдан чиқарилган.

Назорат гуруҳда шу кўрсаткич 38 (3%) ташкил қилган. Проспектив гуруҳдаги беморларда ГДЯ қон кетиши билан мурожаат қилган 996 бемордан 60 (6%) нафарида сурункали жигар паренхимасида диффуз ўзгаришлар аниқланиб, уларга жигар циррози ташхиси қўйилган.

Шунингдек, ЖЦ билан боғлиқ ҚВКВТдан қон кетиши кузатилган 450 беморнинг 21(4,6%) нафарида ҳам ҚВКВТдан, ҳам гастродуоденал яралардан қон кетиш қайд этилди. Назорат гуруҳида бундай беморлар кузатилмаган. Ушбу беморлар биз таклиф этган текшириш ва даволаш усуллари натижалари, даволаш самарадорлигини баҳолаш ва хулосалар қилиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг давосида гемостатиклар, ангиопротекторлар, протон помпаси ингибиторлари (ИПП), Н₂-блокаторлари, антацидлар ва эндоскопик диатермокоагуляция қўлланилган. Оғир қон кетиш ҳолатларида ва рецидив қон кетишларда жаррохлик амалиётлари ўтказилган. Гемостатиклардан Этиамзилат натрий (Дицинон) 12,5% - 8 мл вена ичига (в/и) биринчи дозада, сўнг кунига 4 марта, Викасол 1% - 1 мл мушак ичига (м/и) кунига 2 марта, Калций хлорид 1% - 100 мл вена ичига кунига 4 марта тавсия этилган. Фибринолизни тўхтатиш учун Транексам кислотаси 250-500 мг кунига 4 марта буюрилган. Шунингдек, трансфузион терапия, музлатилган плазма ва эритроцитар масса билан даволаш амалиёти қўлланган.

Асосий гуруҳдаги беморларга стандарт терапиядан ташқари, патогенетик асосланган кўшимча даволаш тактикаси қўлланилган. Бу, қон кетишни яхшироқ назорат қилиш ва рецидивлар сонини камайтириш мақсадида амалга оширилган.

Бунинг учун, эндоскопик гемостаз жараёнида комбинирланган усулдан фойдаланилган: маҳаллий Адреналин 1:10000 нисбатда инъекция қилинган ва қонаётган томирга клипс қўйилган. Консерватив даволашда профилактика мақсадида Цефтриаксон антибактериал терапия сифатида қўлланган, гастропротекция учун Ребамипид тавсия этилган, гепатопротектор ва антиоксидант терапияси учун эса Глутатион эритмаси қўшилган.

Назорат гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $57,5 \pm 10,5$ ёш, эркаклар 28 (74%), аёллар 10 (26%); асосий гуруҳда - $59,5 \pm 12,6$ ёш, эркаклар 45 (75%), аёллар 25 (25,5%) ташкил қилди.

ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ дан қон кетиш интенсивлиги бўйича (Форрест бўйича) тақсимланиши

жадвал -1

Ошқозон-ичакдан қон кетишининг тури	I-гуруҳ (n=38) мутлак сон (%)	II-гуруҳ (n=60) абс.сон (%)	Жами (n=98) абс.р.(%)
F1a	5 (13)	9(15)	14(14,3)
F1b	13 (34)	24(40)	37(37,7)
F2a	16 (42)	18 (30)	34(34,7)
F2b	4 (11)	9(15)	13 (13,3)
F3c	-	-	-
F3d	-	-	-
Жами	38 (100,0)	60 (100,0)	98 (100,0)

- гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар топилмади ($p > 0,05$)

Назорат гуруҳидан 38 беморда гастродуоденал қон кетишлар Форрест классификация (F-Ia) 5 (13%), F-Ib13 (34%), F-IIa 16 (42%), F-IIb 4 (11%), F-IIIc ва F-IIIa аниқланмади.

Назорат гуруҳидаги беморларда қон йўқотиш даражалари аксарият ҳолларда ўрта оғир 10 (26,3%), оғир даража ва жуда оғир даража 17 (44,7%) ва 6 (16%) мос равишда беморларни ташкил қилди ва фақатгина 5 (13%) енгил даражадан ташкил қилди.

Жигар функционал ҳолатига асосан ЖЦ компенсация (Чайлд-Пью А) 3(8%), ЖЦ декомпенсация (Чайлд-Пью В-С) 35(92%) беморда ташхиси қўйилди.

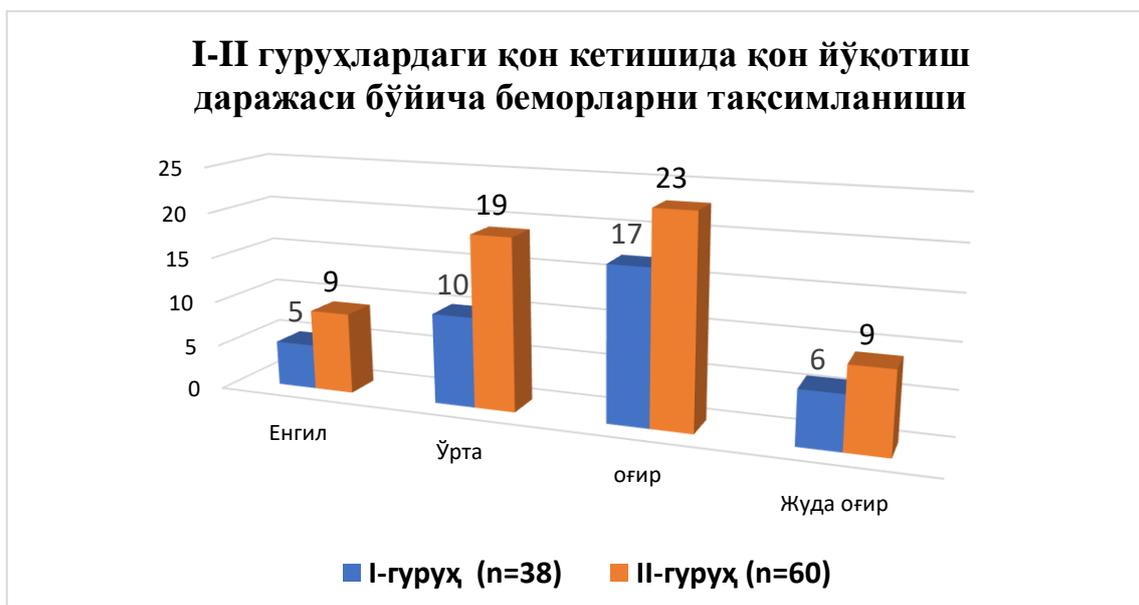
Асосий гуруҳ 60 беморда гастродуоденал қон кетишлар Форрест классификация (F-Ia) 6 (10%), F-Ib 17 (28%), F-IIa 21(35%), F-IIb 4 (11%), F-IIIc ва F-IIIa аниқланмади.

Асосий гуруҳидаги беморлардан енгил қон йўқотиш билан 9 (15%) бемор касалхонага, 19 (32%) ўртача қон йўқотиш, 23 (39%) оғир қон йўқотиш, 9 (14%) бемор жуда оғир қон йўқотиш билан ётқизилган.

Асосий гуруҳ беморларида жигар функционал ҳолатига асосан ЖЦ компенсация (Чайлд-Пью А) 9 (15%), ЖЦ декомпенсация (Чайлд-Пью В-С) 51(85%) беморда ташхиси қўйилди.

Даволаш натижалари. Назорат гуруҳида даволаш натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, 38 бемордан 8 (21%) кишида қон кетишнинг қайталаниши кузатилди. Форрест классификацияси кесимида қўрилганда F-Ia профуз қон кетиш 5, F-Ib бемордан 3 кишида аниқланди. Беморларнинг барчасида оператив даво бажарилди.

Расм - 1



Назорат гуруҳида вафот этган беморларнинг умумий сони 7 (18,4%) кишини ташкил қилди. Назорат гуруҳида “Юқори ўрта лапаратомия дуоденотомия, қонаётган ярани тикиш, қорин бўшлиғини дренажлаш” операцияси 6 (16%) беморда ва “Юқори ўрта лапаратомия гастротомия, қонаётган ярани тикиш, қорин бўшлиғини дренажлаш” операцияси 2 (5%) кишида бажарилди. Ушбу 8 беморнингш барчасида жигар паренхимасидаги микронодуляр ва макронодуляр ЖЦ борлиги фақатгина операция вақтида (интраоперация) аниқланди.

Булар ичидан операция қилинган беморлар орасида ўлим 3 (8%) операция қилинган, операция қилинмаган беморлар орасида эса 4 (10,5%) беморлар турли сабабларга кўра вафот этган. Беморлар орасида оператив фаоллик (активлик) 15,7% ташкил қилди. Булар асосан ЖЦ декомпенсияланган босқичидаги беморлар орасида кузатилди. Ўлим сабаблари 3-жадвалда келтирилган. Фақат 2 беморда (28,5%) ўлим гиповолемик шок (қон кетиш сабабли) фониди содир бўлган. Бўйрак етишмовчилиги 1(14,3%) бемор, 3 (13%) ҳолатда инфекция асоратлар сабабли вафот этган, булар спонтан бактериал перитонит ва пневмония (юқумли асоратлар) ва 1 (14,3%) ҳолатда ўткир миокард инфарктидан вафот этиб, бу қон кетиш билан боғлиқ бўлмаган ўлимга сабаб бўлган.

Бактерэмия ташхиси қондаги бактериялар мавжудлигида ва ушбу ташхисга мос келадиган клиник кўринишда аниқланган. Спонтан бактериал перитонит ташхиси асцитик суюқликдаги бир қатор нейтрофиллар билан 250 нейтрофиллар/мкл бўлганда қўйилади.

Назорат гуруҳидаги ўлим сабабларининг тахлили шунини кўрсатдики, операция қилинган беморлар орасидан 1 кишида операциядан кейинги даврда пневмония ва нафас етишмовчилиги, 1 беморда спонтан бактериал перитонит ва 1 беморда операциядан кейинги жароҳат эвентерацияси, прогрессивлашган перитонит сабабли ўлим ҳолати кузатилган.

Назорат гуруҳ беморларида ўлим сабаблари (n=7).

жадвал - 2

Сабаблар	n (%)
Декомпенсиялашган постгеморрагик шок (стационарда ҚВКВТ профуз қон кетиш)	2(28,5%)
Жигар етишмовчилиги	1(14,3%)
Сепсис	3(43%)
Пневмония	1
Спонтан бактериал перитонит	1
Эвентерация	1
Ўткир миокард инфаркти	1(14,3%)
Жами	7(18,4%)

Ушбу асоратларни, тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС) ривожланиши, ЖЦ фониди ривожланган иммун тизимдаги ўзгаришлар ва иккиламчи инфекциянинг ривожланиши билан боғлиқ. Ушбу гуруҳдаги беморларда гастродуоденал яралар борлиги ва уларда қон кетиши сабабли, хеликобактер терапия мақсадида Азитромицин 500мг х 2 маҳал тафсия қилинган ва бу кўрсатма ХП текширувларисиз берилганлиги аниқланди. Йирингли асоратларнинг келиб чиқишида беморларда цефалоспоринлар берилмаганлиги билан боғлиқ деган фикрга келдик.

Оператив даволанмаган беморлар орасидаги ўлим кўрсаткичи, декомпенсиялашган қайтмас шокдан 2 (28,5%) беморда ўлим кузатилди. Бунинг сабаби ҚВКВТдан профуз қон кетиши сабаб бўлди. Ушбу икки беморда эндоскопик йул билан гастродуоденал яралардан қон кетиш эндоскопик усул билан гемостаз бажарилган, лекин стационар даволанишнинг 4 ва 5 суткаларида илгари қонамаган ҚВКВТ профуз қон кетиш ва ўлим ҳолати юзага келган. Бир беморда (14,3%) жигар етишмовчилигининг прогрессивланиши натижасида ўлим ҳолати содир бўлган. Бир беморда (14,3%) ҳам ЖЦ ва ҳам юрак ишемик касаллиги борлиги сабабли консерватив гемостатик терапия натижасида ўткир инфаркт миокарди (ЎИМ) ривожланди.

Ушбу ўлим ҳолатлари жигар функционал ҳолатининг декомпенсияланган Чайл-Пью бўйича

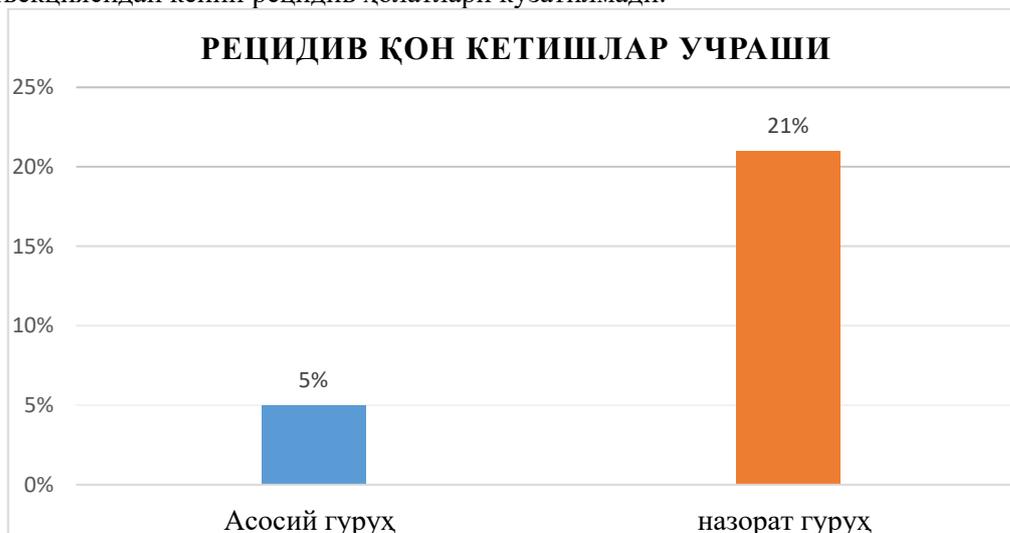
“В” ва “С” синфидаги беморлар орасида юзага келган.

Асосий гуруҳ беморларида ургент эндоскопиядан кейин тўлиқ анамнез йиғилди, ультратовуш ва лаборатория текширувлари ўтказилди, барча беморлар қаттиқ назорат остида олинди. Қон босими, юрак уришлар сони ва марказий веноз босим ҳар 2-4 соатда қайд этиб борилди. Мунтазам қон тестлари, жигар фаолияти, буйраклар фаолияти ва қон ивиш функцияси кузатилди. Гемоглобин даражасини сақлаб туриш учун беморларга эритроцитар масса ва янги музлатилган зардоб гемоглобин даражаси ≥ 80 г/л гача қуйилди. Жигар циррозининг этиологик сабаблари ва зарарли одатлар аниқланди. Н рylogi инфекцияси, ошқозон яраси билан даволанганлик унинг даври, ЯҚНП олгалиги ва унинг муддатлар ва сабаблари аниқланди. Ҳаётий муҳим фаолият суткалик мониторинги олиб борилди. Барча жигар фаолияти Чайлд-Пью шкаласи бўйича баҳоланди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг F-IA қон кетиш бўлган 5 беморда ҳаммасида рецидив қон кетиш 5 (100%) кузатилган бўлса, F-IV бўйича 13 бемордан 3 (23%) тасида, жами 8 (21%) беморда қайта қон кетиш (рецидив) кузатилди.

Асосий гуруҳ беморларида 60 бемордан фақат 3 (5%) F-IV беморда рецидивлар кузатилди ва даволанишнинг 1-3 кунларида беморларда қон кетиши такрорланди бу беморларга оператив даво ўтказилди.

Муваффақиятли эндоскопик гемостаз даражаси ярали қон кетиш гуруҳида 95%ни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморларида рецидив қон кетиши бўлганлар F-IA ичидан фақат 6 та бемордан 3-(50%) беморда, умумий беморлар ҳисобидан 5% (назорат гуруҳида 21%) даволанишнинг 1-3 кунларида беморларда қон кетиши такрорланган, бу эса жарроҳлик даволашни талаб қилди. Назорат гуруҳидаги рецидивларга нисбатта 2 баравар кам кузатилди. Уччала беморда ҳам ЖЦнинг декомпенсация босқичи Чайлд-Пью бўйича С классга тўғри келди. F-IV қон кетиш гуруҳларидаги беморларда яра клиппирлаш ва адреналин эритмаси инъекциясидан кейин рецидив ҳолатлари кузатилмади.



Рецидив қон кетиши бўлган 2 та беморга оператив даво ўтказилди. Бундан “Юқори ўрта лапаратомия гастротомия, қонаётган ярани тикиш, қорин бўлиғини дренажлаш” операцияси 2 (3,3%) бажарилди.

Текширишнинг проспектив беморларнинг бир қисмида, яъни 21(4,6%) (проспектив текшириш давридаги ҚВКВТ қон кетган беморлар ичидан) нафарида ҳам ҚВКВТ ҳам гастродуоденал гепатоген яралардан қон кетган беморларни ташкил қилди. (назорат гуруҳида бунда беморлар регистрация қилинмаган).

Ушбу беморлар гуруҳида бир вақтнинг ўзида қонаётган гастродуоденал яраларнинг қўшилишган эндогемостази (клиппса, адреналин инъекция) ва қонаётган варикоз томирларни эндоскопик латексли ҳалқалар билан лигирлаш амалиёти бажарилди.

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейин 1 беморда жигар-буйрак етишмовчилиги натижасида ва операция қилинмаган 2та беморда декомпенсирланган постгеморрагик сабабли ўлим ҳолати, жами 3 (5%) та беморда кузатилди.

Беморларда қон кетиши рецидивланиши ва шошилиш жароҳликдан кейинги ўлим кўрсаткичлари

жадвал - 3

Гуруҳ	Ўлим кўрсаткичи					Ўлим
	Операция бўлганлар сони	Постгеморрагик анемия	Гепаторенал синдром	Инфекцион асоратлар	Ўткир миокард инфаркти	
Назорат (n=38)	8(3)	2(5,3%)	1(3%)	3(8%)	1(2,6%)	7(18,4%)
Асосий (n=60)	3(1)	2(3,3%)	1(1,6%)	-	-	3(5%)

Хулоса

ЖЦ ва портал гипертензия фонида беморларда ГДЯ лардан қон кетишлар кузатилганда комбинацияланган эндогемостаз қилинишига қарамасдан, беморлардаги ҚВКВТ потенциал қон кетиши манбаи сифатида қабул қилишга асос бўлади. Шу сабабли биринчи эндоскопия вақтида қон кетиши профилактикаси сифатида эндоскопик лигирланиши керак.

Операцияга мурожаат қилмасдан комбинацияланган эндоскопик гемостазни амалга ошириш орқали қон кетишини тўхтатишга ва рецидивлар фоизи кескин камайтирилди.

Ушбу беморда ЖЦ фонида ривожланган ҚВКВТ ларидан қон кетиши бўлган, веналар лигирланиши ва қон кетиши тўхтатилган бўлсада, кейинги эндоскопик текшириш давом эттирилганида яна қон кетиш ўчоғи гастродуоденал яра манбаси сифатида аниқланди ва комбинирлашган гемостаз ишлатилиб қон кетиш тўхтатилди. Танланган тактиканинг ушбу беморда клиник эффективлиги юқорилигини кўрсатди. Биринчи эндоскопия вақтидан ҚВКВТ бўлсада, ЖЦ фонида ривожланиши мумкин бўлган портал гастропатия ва қон ивиш системасидаги ўзгаришлар натижасида, бир вақтнинг ўзида ГДЯлар ҳам қонаши мумкинлигини кўрсатди.

Асосий гуруҳ беморларида таклиф қилинган даволаш схемасини ишлатиш натижасида рецидивларни 21% дан 5% гача, ўлим кўрсаткичи 7 (18,4%) тадан 3 (5%) камайишига муваффақ бўлинди.

Жигарнинг фон патологияси ва портал гипертензия каби хавф омиллари сақланиб қолгани учун кўплаб беморларда қон кетишлар қайта содир бўлади.

Ўлим кўрсаткичлари жигар функциясининг ҳолати билан чамбарчас боғлиқ. ЖЦ Чайлд-Пью бўйича “В” – “С” синфида компенсациялашган циррозга эга беморларга Чайлд-Пью бўйича “А” синфига нисбатан юқори ўлим даражасига эга.

Инфекцион асоратларнинг ва полиорган етишмовчилик жигар функциясининг жиддий бузилиши бўлган беморларда ГДЯ қон кетишларда ривожланиши хавфи, ушбу беморларни даволашда кенг спекторли цефалоспоринларни ишлатишни талаб қилади.

ЖЦ билан касалланган беморларда ГДЯ яралардан қон кетишларини даволаш, самарали гемостазни жигар касаллигининг асосий асоратлари билан мувозанатлаштиришни талаб қиладиган кўп қиррали ёндашувни талаб қилади. Эндоскопик ва фармакологик терапия катта муваффақиятга эришса-да, натижалар ЖЦ оғирлик даражасига боғлиқ бўлиб қолади, бу эса даволашнинг алоҳида режаларини тузиш ва беморни синчковлик билан кузатиш зарурлигини таъкидлайди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Назыров Ф.Г., Уроков Ш.Т. //Хирургия Узбекистана 1999;1:3-4.
2. "Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies" (Journal of Hepatology, 2006).
3. Ahmed Gado, Basel Ebeid, Anthony Axon, Prevalence and outcome of peptic ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis, Alexandria Journal of Medicine, 2014;50(2):143-148.
4. 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.
5. Baveno VI 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.

Қабул қилинган сана 20.10.2024