



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. 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. 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

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616.33/.34-005.1- 005.1-089.87.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРДА КОМБИНАЦИЯЛАНГАН ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗ ТАКТИКАСИ

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

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

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

Abu 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

O'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

Мазкур мақолада жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал қон кетишларни даволаш натижалари тасвирланган. Тадқиқот кўрсатдики, комбинацияланган эндоскопик гемостаз (адреналин эритмаси билан эндоскопик инъекция ва қон кетаётган қон томирни клиппирлаш) ва антибактериал терапиядан фойдаланиш қон кетиш рецидивлари хавфини сезиларли даражада камайтиради ва бундай беморларда прогнозни яхшилайди. Шунингдек, стандарт консерватив даволашга қўшимча равишда глутатион, ребамипид ва цефтриаксон каби препаратларни қўйиши зарур. Назорат гуруҳида рецидив ҳолатлари 21% ни ташиқил қилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич фақат 5% ни ташиқил этган. Асосий гуруҳда ўлим ҳолати назорат гуруҳга нисбатан 3 марта кам кузатилган. Назорат гуруҳида ўлим сабаби геморрагия асоратлари ва жигар-бўйрак етишимовчилиги билан бир қаторда, жарроҳлик операция қилинган ва қилинмаган беморларда инфекцион асоратлар ҳам бўлган. Шунингдек, варикоз кенгайган қизилўнғач ва ошқозон томирларидан қон кетиш ҳолатларида иккинчи қон кетиш манбаи сифатида гастродуоденал яралар ҳам кузатилиши мумкинлиги аниқланган.

Калит сўзлар: Жигар циррози, гастродуоденал қон кетишлар, комбинацияланган эндоскопик гемостаз, антибактериал терапия, қон кетиш рецидивлари, (ҚҚВВТ).

ТАКТИКА КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

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

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

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

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. Бахоуддина Накшбанди 159, тел:

+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

В статье описываются результаты лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов с циррозом печени. Исследование показало, что использование комбинированного эндоскопического гемостаза (эндоскопическая инъекция раствора адреналина и клипирование кровоточащего сосуда) в сочетании с антибактериальной терапией значительно снижает риск рецидивов кровотечений и улучшает прогноз у таких пациентов. Также необходимо включить в стандартное консервативное лечение такие препараты как, глутатион, ребамипид и цефтриаксон. У больных контрольной группы

количество рецивов составило 21%, в основной группе составило всего 5% случая. Смертность в основной группе 3 раза по сравнению с контрольной группой. Причиной смертности в контрольной группе, наряду с осложнением геморрагий и печёночно-почечной недостаточность было и инфекционные осложнения как у оперированных так и у неоперированных больных. Выявлено что у больных с кровотечениями и ВВРПиЖ так как второй источник кровотечения могут быть и ГДЯ.

Ключевые слова. Цирроз печени, гастродуоденальные кровотечения, комбинированный эндоскопический гемостаз, антибактериальная терапия, рецидивы кровотечений, (ВРВПиЖ).

THE TACTICS OF COMBINED ENDOSCOPIC HEMOSTASIS FOR GASTRODUODENAL BLEEDING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

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

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

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

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. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ *Resume*

The article describes the results of treating gastroduodenal bleeding in patients with liver cirrhosis. The study showed that the use of combined endoscopic hemostasis (endoscopic injection of adrenaline solution and clipping of the bleeding vessel) in combination with antibiotic therapy significantly reduces the risk of bleeding recurrence and improves prognosis in such patients. It is also necessary to include drugs such as glutathione, rebamipide, and ceftriaxone in the standard conservative treatment. In the control group, the recurrence rate was 21%, while in the main group, it was only 5%. Mortality in the main group was three times lower compared to the control group. The cause of death in the control group, along with hemorrhagic complications and hepatorenal failure, included infectious complications in both operated and non-operated patients. It was found that in patients with bleeding and varices of the esophagus and stomach (VREV), gastroduodenal ulcers (GDU) may also be a secondary source of bleeding.

Keywords: Liver cirrhosis, gastroduodenal bleeding, combined endoscopic hemostasis, antibiotic therapy, bleeding recurrence, Bleeding varices of the esophagus and stomach (BVREV).

Долзарблиги

Жигар циррози (ЖЦ) билан гастродуоденал яралардан (ГДЯ) қон кетишининг биргаликда келиши (комбинацияси) айниқса қийин ҳолатдир. Бундай ҳолларда, Liu, Y. ва унинг ҳамкасблари (2022) таъкидлаганидек, геморрагик асоратлар хавфи ортади ва даволаш тактикасини танлаш анча мураккаблашади. Бу ЖЦ даги гемостазнинг ўзига хос хусусиятлари ва жигар касаллигида қўлланиладиган препаратларнинг самарадорлиги ва хавфсиз таъсири билан боғлиқ [7].

ЖЦ билан касалланган беморларда ўткир қон кетишини даволашдан кейинги прогноз етарли даражада ўрганилмаган. Асосан кўпчилик тадқиқотлар, қизилўнгач ва ошқозон варикоз томирларининг кенгайишидан қон кетиши бўлган беморларга қаратилган. Шунинг учун бизнинг ушбу тадқиқотимиз, ЖЦ бор беморларда ГДЯ дан қон кетишлар эҳтимоллиги, такрорий қон кетиш сабаблари, унга олиб келувчи хавф омиллари, бактериал инфекцияларнинг роли ва профилактик антибактериал терапиянинг ўлим кўрсаткичларига таъсирини ўрганишга қаратилган [1,2,3,4,5].

Маълумки ЖЦ тизимли касаллик бўлиб, аксарият ҳолларда организмдаги мавжуд ҳамроҳ касалликларни кўзгатса, айрим ҳолларда эса тўғридан-тўғри патологик жараёни фаоллаштиради. Шу жумладан ЖЦ билан касалланган беморлар, яра касаллигида ҳам ўзига хос

ва мураккаб патологик хусусиятларга дуч келишади. Ушбу хусусиятлар касалликнинг янада оғир ва мураккаб кечиши, шунингдек, асоратлар хавфини ошириши мумкин.

ЖЦ билан касалланган беморларда, яралардан қон кетиш асорати ва перфорациясини даволашда беморларнинг 90% да даволаш учун шошилич жарроҳлик операцияларини бажаришни талаб қилинади. Бунда режалаштирилган операцияларда ўлим даражаси 29% ва қон кетиши кузатилган беморларда эса 64% ни ташкил этади. Фақатгина атиги 22% беморларда операциядан кейинги давр асоратланмаган ҳолатда кечган. Операциядан кейинги даврда энг кенг тарқалган асоратлар операциядан кейинги қон кетиш, септик асоратлар ва буйрак етишмовчилиги кузатилган. Ушбу тоифа беморларнинг 70% да ўлимнинг асосий сабаблари қон кетиши ва полиорган етишмовчилиги бўлган (Гейдельберг университети, Германия Томас Ленерт и Кристиан Херфарт хирургия кафедраси) [6].

Қон кетишни тўхтатишда бир неча усулдан фойдаланган ҳолда ўтказиладиган комбинацияланган эндоскопик гемостаз, қон кетишни назорат қилиш, қайта қон кетишлар сонини камайтириш учун самарали стратегияга айланди. Ушбу мақолада комбинацияланган эндоскопик гемостазга ёндашув кўриб чиқилади, тегишли усуллар ёритилади, ретроспектив ва проспектив тадқиқотлар таҳлилларига асосланган натижалар муҳокама қилинади.

Тадқиқот мақсади: Жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал қон кетишларда комбинацияланган эндоскопик гемостаз тактикасини таҳлилий ўрганиш.

Натижа ва таҳлиллар

РШТЁИМ Бухоро филиали шошилич хирургия, реанимация ва интенсив терапия бўлимларида 2020-2024 йиллар давомида жигар циррози (ЖЦ) фонида ривожланган гастродуоденал қон кетишлар билан 98 бемор ретроспектив ва проспектив даволаш натижалари таҳлил қилинди. Бунда 38 беморнинг касаллик тарихи ретроспектив ўрганилиб, (назорат гуруҳига киритилган) кузатилган асоратлар, қон кетишларнинг қайталаниш (рецидив) фоизи, ўлим кўрсаткичлари ва унинг сабаблари ўрганилиб, таҳлил қилинди. Проспектив гуруҳга 60 бемор киритилиб, қон кетишни тўхтатиш ва рецидивларни камайтиришга қаратилган патогенетик таъсир қилувчи чора тадбирлар таклиф қилиниб, натижалари таҳлил қилинди.

Таклиф қилинган тактика, ЖЦ фонида гастродуоденал яралардан қон кетишларда анъанавий давога қўшимча равишда, Цефтриаксон 1,0x2 маҳал вена ичига, Ребамипид 100 мг, 0,9% натрий хлорид эритмасида, кунига 2 марта, Глутатион эритмаси - 1,2 гр томир ичига секин томчилатиб, Ребамипид, эндоскопик гемостазнинг комбинацияланган гемостаз усулларида маҳаллий Адреналин 1:10000 нисбатда инъекция қилиш ва қонаётган томирга клиппс ўрнатилди.

Бунда, назорат гуруҳида ЖЦ фонида ГДЯ дан қон кетиш фақатгина 38 (3%) беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $57,5 \pm 10,5$. Эркаклар 28 (74%), аёллар 10 (26%) ташкил қилди (жами-38 бемор). Асосий гуруҳда - $59,5 \pm 12,6$ ёш ташкил қилди. Эркаклар 45 (75%) ва аёллар 25 (25,5%) (жами - 60 бемор).

Назорат гуруҳ беморларида ЖЦ фонида ривожланган ҚВКВТдан ва бир вақтнинг ўзида ГДЯ қон кетиши бўлган беморлар регистрация қилинмаган.

Беморларнинг консерватив, эндоскопик ва жарроҳлик усуллари билан даволаниш натижалари, диагностик маълумотлар, лаборатория кўрсаткичлари, касалликнинг клиник кечиш динамикаси, қон кетишнинг қайта пайдо бўлиши (рецидив), ётоқ кунлари, ўлим кўрсаткичлари ва бошқа параметрлар таҳлил қилинди.

Назорат гуруҳидаги ОИТЮҚдан қон кетиш билан келган беморларнинг барчасига ЭФГДС текшириш усуллари бажарилган. Беморларда ҚВКВТ турли даражада кенгайганлиги аниқланган бўлсада, асосий қон кетиш манбалари гастродуоденал яралардан кетаётганлиги аниқланди ва эндоскопик, консерватив терапия бошланган.

Назорат гуруҳидаги 38 беморларда гастродуоденал қон кетишлар Форрест классификация бўйича тақсимланиши қуйидагича натижа тасвирланди (жадвал -1).

ЭФГДС пайтида фаол қон кетиш (F-Ia) 5 (13%), F-Ib 13 (34%), F-IIa 16 (42%), F-Iib 4 (11%), F-IIc ва FI-II аниқланмади.

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

Назорат гуруҳидаги ЖЦ фонда ривожланган гастродуоденал қон кетишларининг Форрест классификацияси буйича тақсимланиши

жадвал -1

Forrest	Назорат гуруҳидаги гастродуоденал қон кетишларда Форрест классификацияси (n=38)
F1a	5 (13%)
F1b	13 (34%)
FIIa	16 (42%)
FIIb	4 (11%)
FIIc	-
FIII	-

Назорат гуруҳидаги беморларда ҚВКВТ қизилўнгачнинг пастки учлигида ва ошқозоннинг кардиал қисмида жойлашганлиги аниқланди. Бунда гастродуоденал яралардан қон кетаётган беморларда, ҚВКВТ кенгайиши Шерцингер буйича 38 (100%) бемордан, II даражали кенгайиши – 12 (31,5%) беморларда баҳоланган бўлса, III даражали кенгайиш – 26 (68,5%) беморда баҳоланди.

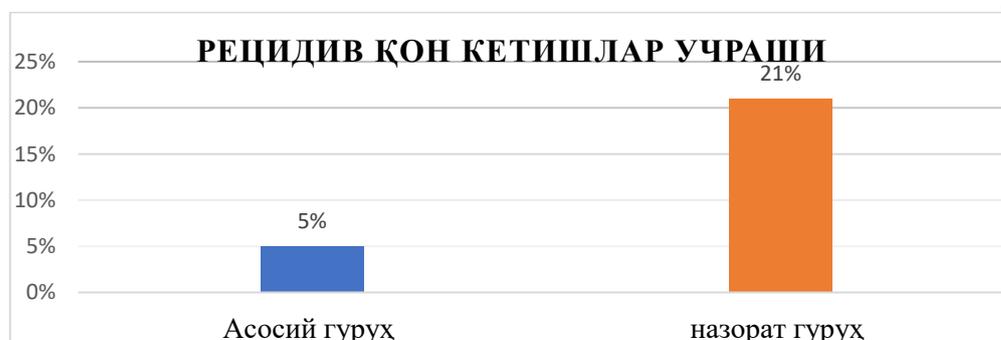
Даволашда гемостатиклар, ангиопротекторлар, ИПП, H₂ - блокаторлари, антацид препаратлардан ва эндоскопик диатермокоагуляция бажарилган, оғир қон кетишларда ҳамда рецидив қон кетишларда жарроҳлик операциялари амалга оширилган. Этамзилат натрий (Дицинон) 12,5% - 8 мл (в/и) биринчи киритишда, кейин кунига 4 марта; Викасол 1% - 1 мл (м/и) кунига 2 марта; Калций хлорид 1% - 100 мл (в/и) кунига 4 марта. Фибринолизни бостириш учун Транексам кислота кунига 250-500 мг дан 4 марта буюрилган. Трансфузион терапия (музлатилган плазма ва эритроцитар масса) даволаш амалиётлари бажарилган.

Эндоскопик текширишлардан кейин назогастрал зонд орқали ошқозон 1-мл адреналин кўшилган совуқ сув билан ювилди. Портал веналарда қон босимни пасайтириш мақсадида Октреотид препарати ишлатилди.

Эрадикацион терапия қон тўхтаганидан 3-4 кун ўтгач бошланган. Амоксициллин кунига 1000мг х 2 (10 кун давомида), Кларитромицин кунига 500мг х 2 (7 кун давомида) қабул қилиш қиради. Терапиянинг умумий давомийлиги камида 7 кун давом этган.

Даволаш натижалари шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида барча 38 беморларда консерватив ва эндоскопик диатермокоагуляциядан кейин 8 (21%) беморда қон кетишнинг қайталаниши кузатилди. Форрест классификацияси кесимида кўрилганда F - Ia профуз қон кетиш 5, F-Ib 3 беморда, жами шу беморлар орасидан 6 (16%) кишида қон кетишни тўхтатиш мақсадида жарроҳлик операциялари бажарилган.

диаграмма - 1



Беморларга “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%) бажарилди. Барча 8

беморда интраоперацион жигар паренхимасидаги микронодуляр ва макронодуляр жигар циррози декомпенсация (Чайлд-Пью В ва С синфлари) борлиги констатация қилинди.

Назорат гуруҳидаги ҚВКВТдан қон кетган бемордан биронтасида ГДЯ лардан қон кетиш аниқланмаган ва фақат варикоз кенгайган веналарга нисбаттан қон тўхтатиш амалиётлари (обтуратор зонд Блекмор, веналарни эндоскопик лигирлаш) бажарилган. Айтиш мумкинки қизилўнгач варикоз кенгайган веналар кўрилганда ва ошқозон ичида кўп миқдорда қон йиғилганлиги аниқлаган доскопистлар асосий эътиборни шу жойга қаратиб, фаол қон кетишининг манбаи топилганига ишонч ҳосил қилишади ва бошқа манба изланмайди. ЖЦ фониди ОИТ юқори қисмидан қон кетишларда, эндоскопия вақтида кенгайган қизилўнгач веналар кўринганда ва ошқозон қон билан тўлган пайтда веналар лигирланиб асосий қон кетиш манбаси қолиб кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин.

Назорат гуруҳидаги салбий натижаларни бартараф қилиш мақсадида, стандарт терапияга қўшимча равишда асосий гуруҳ беморларда патогенетик асосланган даволаш усулларини қўллаш режалаштирилди ва 2020-2024 йиллар орасида режалаштирилган текшириш диагностика ва даволаш режаси бўйича олиб борилди.

Асосий гуруҳ беморларида бунинг учун қабул қилинган беморлар эндоскопик текширишлардан ташқари ва кўрсатмаларга биноан кенгайтирилган инструментал текшириш усуллари (УТС, МРТ, МСКТ, Эластометрия) ўтказилди.

Гастроудоденал қон кетиши билан 996 (100%) кузатилган беморларнинг 60 (6%) сида жигар паренхимасидаги сурункали диффуз ўзгаришлар, ЖЦ борлиги аниқланди ва фон касаллиги сифатида ЖЦ ташҳиси қўйилди.

ЖЦ фониди ривожланган ҚВКВТ дан қон кетиши кузатилган 450 (28%) беморнинг 21(4,6%) сида ҳам ҚВКВТ қон кетиш ва иккинчи қон кетиш манбаси сифатида гастроудоденал яралардан қон кетиш аниқланди ва бу беморлар ҳам текшириш гуруҳига киритилди. Шундай қилиб, ЖЦ фониди ГДЯ қон кетган беморлардан 60 бемор ва ҚВКВТ дан қон кетиш бўлсада гастроудоденал яралардан ҳам қон кетаётган 21 бемор аниқланди. Ушбу беморларни биз таклиф этган усулларда даволаш натижалари, даволаш самарадорлигини баҳолаш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Асосий гуруҳ беморларида ГДЯ лардан қон кетиш эндоскопик таснифи бўйича бўлинди, фаол қон кетиш (F-Ia) 6 (10%), F-Ib 17 (28%), F-IIa 21(35%), F-IIb 4 (11%), F-III ва F-III аниқланмади. Жигар функционал ҳолатига асосан ЖЦ компенсация босқичи (Чайлд-Пью А синфи) 7 (12%), ЖЦ декомпенсация босқичи (Чайлд-Пью В-С синфи) 53 (88%) беморда ташҳисланди.

Асосий гуруҳ беморларда стандарт терапияга қўшимча равишда, патогенетик асосланган, даволаш сифатини ошириш ва қон кетишининг такрорланишини (рецидивланишини) қамайтириш мақсадида махсус даволаш тактикаси ишлатилди.

Эндоскопик амалиёти вақтида гемостазга эришиш мақсадида комбинирланган эндоскопик гемостаз бажарилди: маҳаллий Адреналин 1:10000 нисбатта инъекция қилиш ва қонаётган томирга клипс қўйиш амалиёти бажарилди.

Консерватив даволаш схемасига профилактик антибактериал терапия мақсадида Цефтриаксон, гастропротекция мақсадида Ребамипид, гепатопротектор ва антиоксидант терапия мақсадида Глутатион эритмаси қўшилди.

Асосий гуруҳда олинган натижалар. Яралардан қон кетиш гуруҳида муваффақиятли эндоскопик гемостаз даражаси 95%ни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморларда рецидив қон кетиши F-IA гуруҳ ичидан 6 бемордан 3 (50%) беморда, умумий беморлар ҳисобидан 5% (назорат гуруҳида 21%) даволанишнинг 1-3 кунларида қон кетиши такрорланган, бу эса жарроҳлик даволашни талаб қилди (диаграмма - 1). Назорат гуруҳидаги рецидивларга нисбатда 2 баравар кам кузатилди. (диаграмма - 2) Уччала беморда ҳам ЖЦнинг декомпенсация босқичи Чайл-Пью бўйича С синфига тўғри келди. F-IV қон кетиш гуруҳларидаги беморларда яра клиппирлаш ва Адреналин эритмаси инъекциясидан кейин рецидив ҳолатлари кузатилмади.

Назорат гуруҳидаги икки беморда гастроудоденал яралардан қон кетиш эндоскопик йўл билан гемостаз бажарилган, лекин стационар даволанишнинг 4 ва 5 суткаларида илгари қонамаган ҚВКВТ профуз қон кетиш ва ўлим ҳолати юзага келган. Шу сабабли асосий гуруҳ беморларида бир вақтнинг ўзидан қонаётган гастроудоденал яраларнинг комбинирланган эндогемостази (клипса, адреналин инъекция) бажарилиши билан бир қаторда қонамаётган варикоз томирларни эндоскопик латексли ҳалқалар билан лигирлаш амалиёти бажарилди.

Хулоса

1. Жигар циррози фонида, қон ивиш тизимидаги ва ошқозон ўн икки бармоқ ичак деворларида юзага келадиган гастропатик дистрофик ўзгаришлар сабабли нафақат қизилўнғач варикоз кенгайган вена томирларидан қон кетиши, балки гастродуоденал яралардан ҳам массив қон кетиши кузатилиши мумкин.

2. Эндоскопия вақтида қизилўнғач варикоз кенгайган вена томирларидан қон кетишида, ошқозон қон билан тўлган пайтда асосий қон кетиш манбаси, яъни гастродуоденал яралар гемостазсиз қолиб кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин.

3. Қон кетиш манбаси гастродуоденал яралар бўлганда диатермокоагуляциянинг ўзи етарли муолажа бўлмаслиги, бунда рецидив қон кетишлар кўрсаткичи 21% етиши мумкин.

4. Жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетишларда эндогемостаз мақсадида комбинирлашган гемостазнинг (адреналин инъекцияси ва клиппирлаш) ишлатилишининг клиник эффе́ктивлиги юкорилиги ва рецидивланишнинг кескин камайишини кўрсатди.

5. Гастродуоденал яраларлардан қон кетиш бўлсада, эндоскопик жараён вақтида бирданига аниқланган қизилўнғач варикоз кенгайган веналарига ҳам потенциал қонаш манбаси сифатида қаралиб, улар ҳам шу вақтнинг ўзида латексли клипсалар ёрдамида клиппирланиши, рецидивлар сонини кескин камайтирди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Afessa B, Kubilis PS. Upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: clinical course and mortality prediction. *Am J Gastroenterol* 2000;95:484-489.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Lehnert, T., Herfarth, C. (1993). Peptic Ulcer Surgery in Patients with Liver Cirrhosis. *Annals of Surgery*, 1993;217: 338–346.
7. Liu Y., Maeda A., Anvari M., Jackson T., Okrainec A. Marginal ulceration following Roux-en-Y gastric bypass: risk factors for ulcer development, recurrence and need for revisional surgery // *Surg Endosc.* 2021;35(5):2347-2353.

Қабул қилинган сана 20.10.2024