



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

1 (75) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**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. 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)

1 (75)

2025

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.12.2024, Accepted: 03.01.2025, Published: 10.01.2025

UQK 616 - 001.4 : 616.33/34-002.44 - 02 - 084 - 0820:11

GASTRODUODENAL YARALARDAN QON KETISHIDA ENDOSKOPIK GEMOSTAZ AFZALLIKLARI

Mamatov Farrux Shavkatovich <https://orcid.org/0009-0005-3871-0870>

Daminov Firuz Asatullaevich <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>

Xayitov Laziz Milionerovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>

Zuwaytov Shoxrux Gayratovich. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш. Амир Темур кўчаси, 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Rezyume*

Gastroduodenal qon ketishining yarali etiologiyasi jarrohlikda murakkab va hal qilinmagan muammo bo'lib qolmoqda. So'nggi o'n yilliklarda ushbu tashxis bilan og'rigan bemorlarning umumiy soni sezilarli darajada oshdi va me'da yarasi kasalligining boshqa asoratlari orasida ushbu patologiyaning ulushi sezilarli darajada oshdi.

Shuni hisobga olish kerakki, ko'plab zamonaviy ma'lumotlar qon ketishi bilan asoratlangan me'da yarasi bilan og'rigan bemorlarning soni juda ko'p ekanligiga ishonishga asos bo'la oladi. O'tkir me'da-ichakdan qon ketishi bilan jarrohlik shifoxonalariga yotqizilgan bemorlarning aksariyati me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'rigan bemorlar bo'lib, ularni davolash natijalarini hali ham qoniqarli deb bo'lmaydi.

Kalit so'zlar: gastroduodenal yaradan qon ketish, takroriy qon ketish, kombinatsiyalangan endoskopik gemostaz

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ГАСТРОДУЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Маматов Фаррух Шавкатович <https://orcid.org/0009-0005-3871-0870>

Даминов Фируз Асатуллаевич <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>

Хайитов Лазиз Милионерович <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>

Зувайтов Шохрux Гайратович. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд ул. Амира Темура, 18 Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Резюме*

Язвенная этиология гастродуоденальных кровотечений остается сложной и нерешенной проблемой в хирургии. За последние десятилетия общее число больных с данным диагнозом существенно возросло, а удельный вес этой патологии среди других осложнений язвенной болезни существенно возрос.

Следует отметить, что многие современные данные свидетельствуют о том, что число больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, значительно выше. Большую часть больных, госпитализированных в хирургические стационары с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, составляют больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, результаты лечения которых остаются неудовлетворительными.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, рецидив кровотечения, комбинированный эндоскопический гемостаз



ADVANTAGES OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN BLEEDING FROM GASTRODUENAL ULCERS

Mamatov Farrux Shavkatovich <https://orcid.org/0009-0005-3871-0870>

Daminov Firuz Asatullaevich <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>

Khayitov Laziz Milionerovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>

Zuvaytov Shoxrux Gayratovich. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand st. Amir Temur, 18 Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Resume*

Ulcer etiology of gastroduodenal bleeding remains a complex and unresolved problem in surgery. Over the past decades, the total number of patients with this diagnosis has increased significantly, and the proportion of this pathology among other complications of peptic ulcer disease has increased significantly. It should be noted that many modern data indicate that the number of patients with peptic ulcer disease complicated by bleeding is significantly higher. Most patients hospitalized in surgical hospitals with acute gastrointestinal bleeding are patients with gastric ulcer and duodenal ulcer, the treatment results of which remain unsatisfactory.

Key words: ulcerative gastroduodenal bleeding, recurrent bleeding, combined endoscopic hemostasis.

Dolzarbligi

Yara kasalligini davolashning optimal taktikasini aniqlash, oshqozon-ichak yaralaridan o'tkir qon ketishi bilan asoratlanishi, shoshilinch jarrohlikning dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, oxirgi 5 yilda yaradan qon ketishlar soni 9,7-30,0% gacha oshdi va ushbu patologiya bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlar soni esa 52 % ga oshdi [1-4].

Yaradan qon ketganda endoskopik usuldan o'z vaqtida va samarali foydalanish operatsiyadan qochish imkonini beradi. Bu guruhdagi bemorlarga o'z vaqtida to'g'ri taktika qilish umumiy o'lim sonini 3,3-15,0% kamaytiradi. [3, 5, 6].

Gemostazning turli usullarini tahlili natijalari shuni ko'rsatadiki in'ektsion, termokoagulyatsiya va mexanik usullarini birgalikda qo'llash, ijobiy natijaga erishish uchun statistik jihatdan afzalligi isbotlanmoqda [2, 7, 10].

Qon ketishining takrorlanishi va oldini olish uchun medikamentoz usulni ham bir vaqtda qo'shib qo'llash, proton pompa ingibitorlari, H₂ blokatorlari, amoksatsillin guruhidagi antibiotiklar va infusion dori-vositalari ushbu guruhga mansub [4, 7, 9]. Bunday taktikalarning keng qo'llanilishiga qaramay, oshqozon-ichak traktidagi yaralar va uning asoratlari bilan bog'liq muammolar ya'ni o'lim darajasi 10-15% ga va takroriy qon ketish 20-45% yetishi, hal qilingan samarali davolash muammosini qayta- qayta ko'rib chiqishga taqozo etmoqda. [7, 8, 10].

Tadqiqot maqsadi: Gastroduodenal yaralaridan qon ketgan bemorlarda endoskopik dignostikani o'z vaqtida amalga oshirish, qon ketishining intensivligiga qarab endoskopik gemostazni turini to'g'ri tanlash va qilinayotgan muolajalar samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari

RShTYoIM Samarqand filialida 2022-2023 yillarda gastroduodenal yaralardan qon ketishi yotqizilgan 124 nafar bemor shu jumladan 80 nafar erkak (65,0%) va 44 nafar ayol (35,0%); o'rtacha bemorlarning yoshi 55,4±2,1 yoshga yetdi. Barcha bemorlarga dastlabki ikki soat ichida fibroesophagogastroduodenoskopiya (FEGDS) tekshiruvini o'tkazilgan. Yengil qon ketishi aniqlanganda birinchi endoskopiya amaliyoti mahalliy og'riqsizlantirish ostida (10% lidokain eritmasi bilan) tez yordam xonasida o'tkazildi; o'rta va og'ir qon ketish aniqlanganda – endoskopiya amaliyoti vena ichi og'riqsizlantirish (medikamentoz uyqu) ostida intensiv terapiya bo'limida o'tkazildi. Amaliyotdan oldin me'dani nazogastrak zond orqali sovuq suv bilan yuvilishi aksariyat hollarda qon ketish intensivligining pasayishiga yoki uning to'liq to'xtatilishiga olib keladi. Diagnostik FEGDS gastroduodenal qon ketishlarda ishchi kanal orqali me'da shilliq qavatini yuvish va qon laxtalaridan tozalashni o'z ichiga oladi. Tekshirish vaqtida bemorga har xil qulay holatlar berildi, chunki holat o'zgarishi tekshirish sifatini

yaxshilaydi (Fovler va Trendelenburg holati). Qon ketish intensivligini pasaytirish yoki uni to'liq to'xtatish uchun shilliq ostiga tomirlarni bosish maqsadida maxsus inyektor bilan (adrenalin 0,01%li 10 ml gacha) eritmasi yuboriladi. Yuqoridagi usul bizga APK(Argon plazmali koagulyatsiya) qonayotgan qon tomirni shilliq qavat darajasida aniq va xavfsiz to'xtatish imkonini beradi. APK qilish imkoni bo'lmaganda tromblangan qon tomirni ximik koagulyatsiya usuli hisoblangan etanolning 25 % li eritmasi bilan 0,3-0,5 mldan 2-3 joyga yuborildi. "Gemoblok" bilan aplikatsiya qilingan yelim hosil bo'lgan trombnini me'da shirasi agressiyasidan 24 soat davomida himoyalaydi. J.A. Forrest (1974) tasnifiga asoslanib har bir bemor uchun qon ketish intensivligi baholanib individual endoskopik gemostaz usuli tanlandi.(19) (5-rasm)

- Ia — pulsatsialovchi arterial qon ketishi ;**
- Ib — qon laxtasi ostidan sizib turgan qon ketish**
- IIa — yara tubida ko'rinib turgan qon tomir;**
- IIb — yara tubi mustahkam yopishib turgan qon laxtasi**
- IIc — yara tubida yassi gematin;**
- III — qon ketish belgilarning yo'qligi**

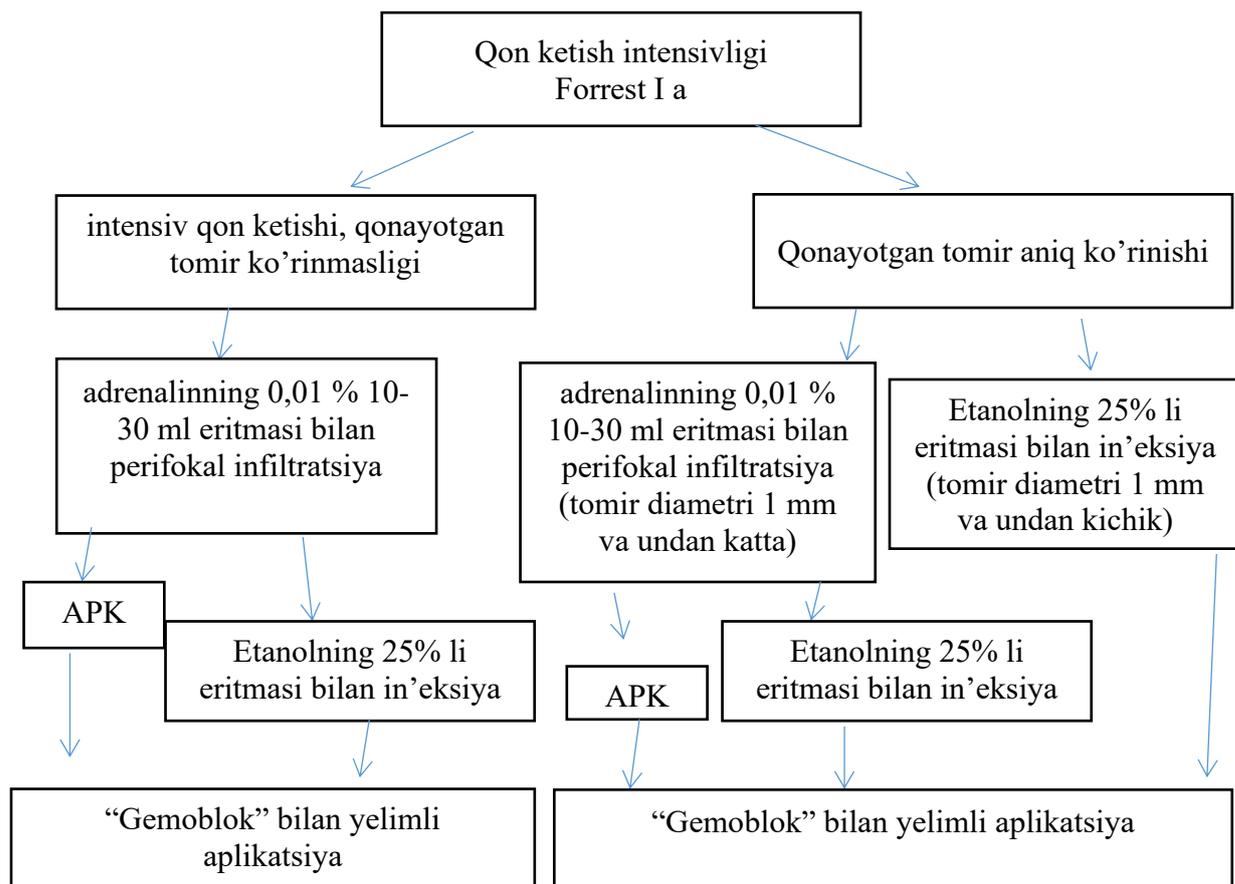


5-rasm. J.A. Forrest (1974) tasnifiga asoslanib qon ketish intensivligining endoskopik manzarasi

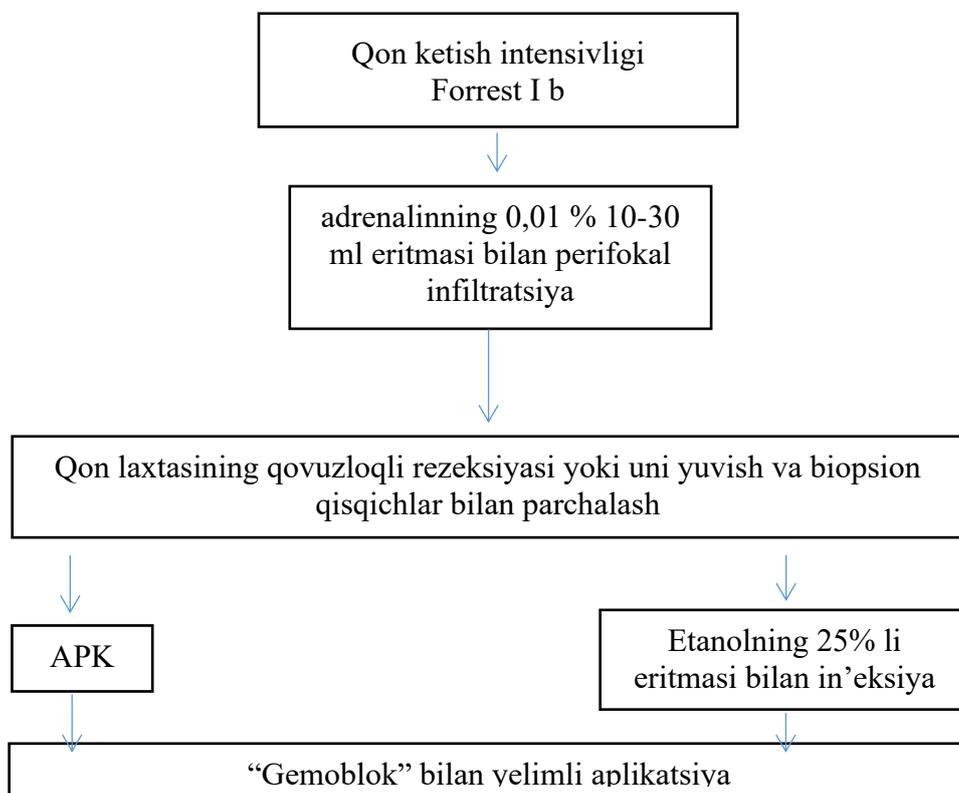
Forrest I a arterial qon ketishida shilliq osti qavati infiltratsiyasi 1-2 ml adrenalin eritmasini yaraga yaqin bir nechta joylarga yuborib ignani qonayotgan tomirga yo'naltirib amalga oshirildi. (1-rasm) Agar qon to'xtatishdan keyin tromblangan tomirni aniqlash me'da ko'p miqdordagi qon laxtalari tufayli qiyin bo'lganda 2-bosqichdagi APK bilan gemostaz 4-6 soatga qoldirilgan.

Forrest I b laxta ostidan arterial qon ketishida endoskopik gemostaz usuli qon tomirga kirish imkon beradi. (2-rasm) Yara tubini to'liq qoplab turgan laxta bo'lgan hollarda? laxtani APK bilan parchalashdan oldin qon tomir atrofi adrenalinning 0,01 %li eritmasi bilan shilliq osti infiltratsiya qilingan.

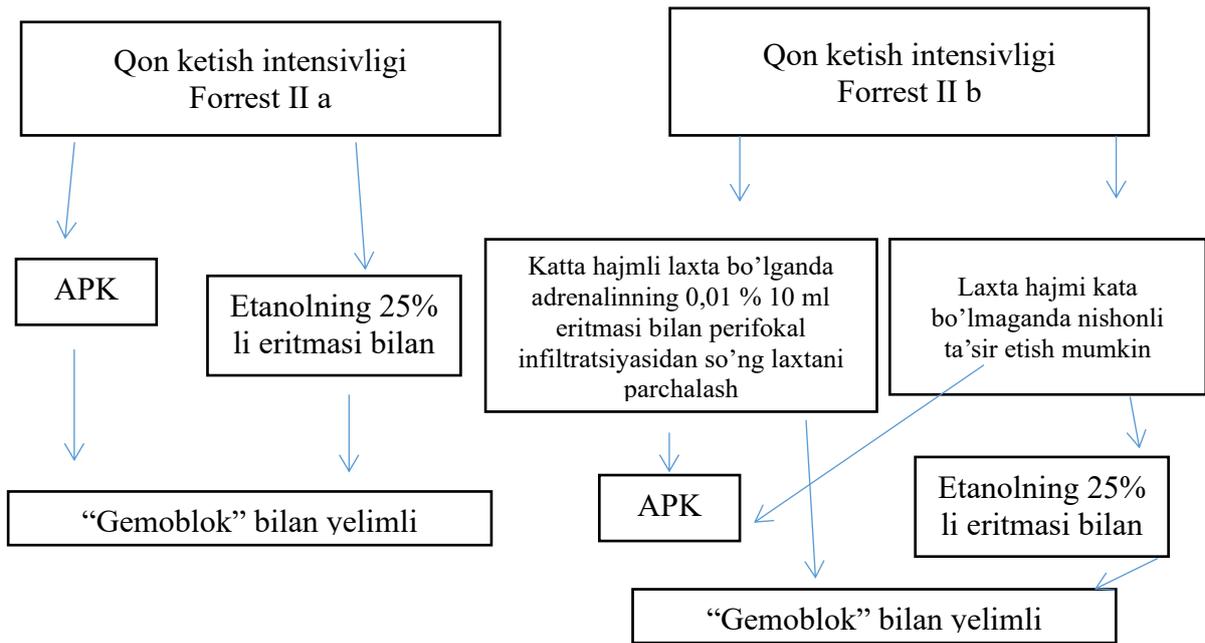
Tromblangan tomirning aniq ko'rinishi (Forrest IIa) APK bilan yelimli aplikatsiyani shilliq osti infiltratsiya talab qilmasdan bir vaqtning o'zida bajarish imkonini bergan. (3-rasm) Forrest IIb holatida endoskopik taktika defect hajmiga qarab tayinlangan. Katta bo'lmagan (3-5 mm gacha) bo'lgan laxtalarda takroriy qon ketish profilaktikasi huddi Forrest II a kabi tanlangan. Laxta katta hajmda bo'lganda laxtaning rezeksiyasidan so'ng tromblangan tomir aniq ko'ringanda profilaktik gemostaz mustahkam amalga oshirilgan. Qon tomirni petlya bilan zararlamaslik uchun laxtani to'liq emas balki 3-5 mm gacha qoldirib rezeksiya qilingan. Profilaktik chora tadbirlar APK va yelimli aplikatsiya bilan yakunlangan. Shunga ko'ra Forrest IIc tasnifiga xos qon ketishlarda takrorlanish xavfi minimal darajada bo'lganligi uchun profilaktik gemostaz talab qilinmaydi. (4-rasm)



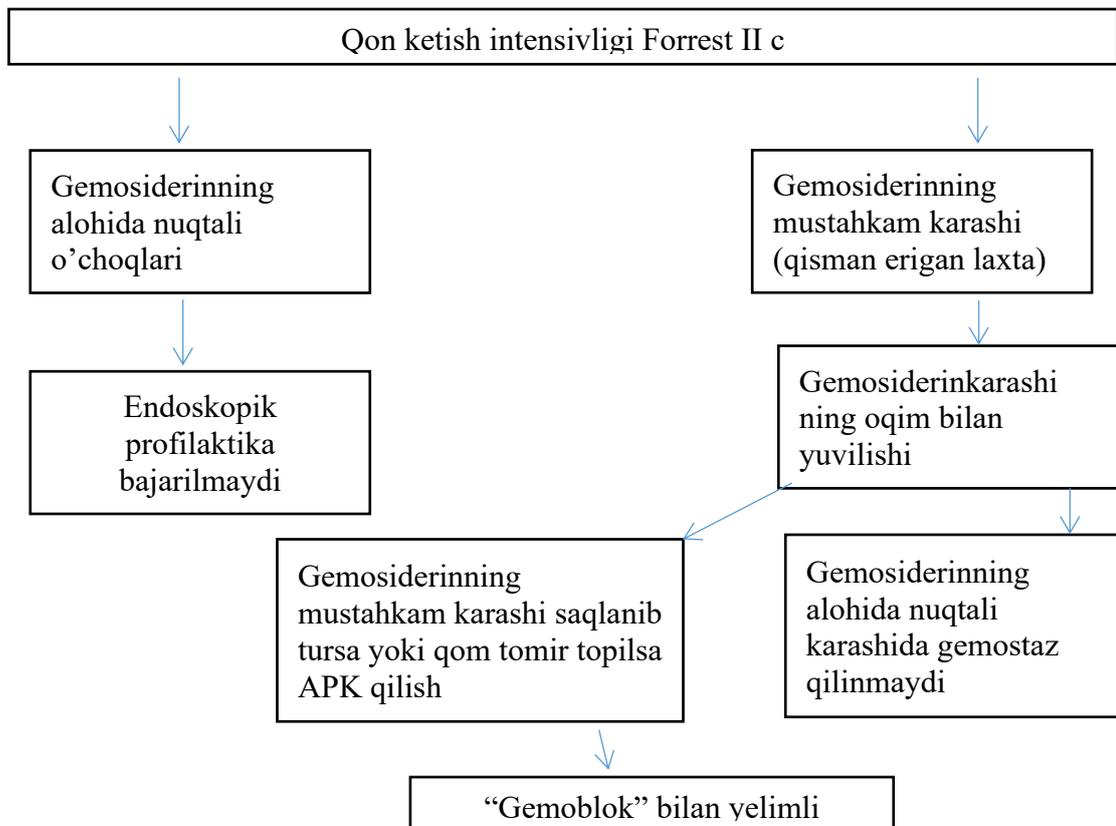
1-rasm Forrest I a tasnifi bilan yaradan arterial qon ketishi intensivligida endoskopik taktika



2-rasm Forrest I b tasnifi bila yaradan arterial qon ketishi intensivligida endoskopik taktika



3-rasm Forrest II a va b tasnifi bila yaradan arterial qon ketishi intensivligida endoskopik taktika



4-rasm Forrest II c tasnifi bila yaradan arterial qon ketishi intensivligida endoskopik taktika

Natija va tahlillar

Forrest I a va b intensivlikdagi qon ketish belgilari 124 nafar bemordan 29 (23,8%) tasida kuzatildi Forrest II a,b,c esa 72 (58,3%) nafarda aniqlandi. Qon ketish belgilari yo'q gastroduodenal yaralar (Forrest III) 23 (17,9%) nafar bemorda tashxislandi. 72(58,3%) nafar bemorda ko'rik vaqtida qon ketish to'xtagan (Forrest II a,b,c) edi. Ularning 29 (41,2%) da takroriy qon ketish xavfi (Forrest II a,b) yuqori edi. 29 (23,8%) bemorda qon ketish davom etayotgandi. Ko'rsatilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki me'da yarasidan arterial qon ketish 12 barmoq ichak yaralariga nisbatan 2 baravar ko'proq. Ammo shu bilan birga me'da va 12 barmoq ichak yaralarida Forrest II a,b bo'yicha qon ketishlar orasida kata farq yo'q edi. Forrest IIc va III bo'yicha takroriy qon ketishlar xavfi kamligi 12 barmoq ichakda joylashgan yaralarda 12% ga ko'proq edi. Birlamchi endoskopik ko'rikda endoskopik gemostaz 17 nafar 12 barmoq ichak yarasi va 11 nafar me'da yarasi bor bemorlarga o'tkazildi. 72 nafar bemordan 37 tasida takroriy qon ketish rivojlandi. (5-rasm). Xirurgik aralashuv penetratsiyaning endoskopik manzarasi bor 3 nafar bemorda bajarildi. Intraoperatsion ma'lumotlar endoskopik ma'lumotlarga to'liq mos keldi. Kombinirlangan gemostaz 5,5% da takroriy qon ketish bilan asoratlandi. (6-rasm). Barcha holatlarda yuqoridagi usul samarali hisoblandi. Forrest II a,b,c tasnifi bilan takroriy qon ketishlar endoskopik profilaktikasi 32 nafar bemorda bajarildi. Profilaktik gemostazda etanolning 70-96 %li eritmasi qo'llanilganda takroriy qon ketish 24,5% holatda kuzatildi. Spirtning takroran qo'llanilishi barcha holatda samarali hisoblandi. Kombinirlangan usul yordamida profilaktik gemostaz 4% holatda takroriy qon ketish bilan asoratlandi. 23 nafar Forrest IIc bilan bemorlarda birlamchi ko'rikda gemostaz bajarilmadi. Ammo, keyinchalik 3 (12,9%) nafar bemorda statsionar sharoitda davolanish chog'ida me'da ichak traktidan qon ketish kuzatildi.

Xulosa

Forrest tasnifiga asoslangan qon ketishlarda adrenalin 0,01%li eritmasi bilan shilliq osti infiltratsiyasi, APK va proton pompa ingibitori fonida yelimli aplikatsiya usuli samaradorligi 94,5% ga yetadi.

Forrest IIc va III tasnifiga mos takroriy qon ketish xavfi bor va klinik ahamiyatga qon yo'qotgan bemorlar 24 soat ichida qayta endoskopik tekshiruvdan o'tkazilishlari lozim.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Rollhauser C., Fleischer D.E. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. //Endoscopy 2004;36:52-58.
2. Чуманевич О.А., Бордаков В.Н., Гапанович В.Н. и др. Эндоскопический гемостаз при гастроудоденальных кровотечениях. //Медицинские новости 2006;1:7-14.
3. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю. и др. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастроудоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2002;12:9-18.
4. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б. Гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях. //Хирургия 2010;3:20-26.
5. Климов А. Е. и др. //Рос. мед. журн. 2007;2:16-18.
6. Лебедев Н. В., Климов А. Е. //Хирургия. 2009;11:10-13.
7. Луцевич Э. В., Белов И. Н. //Хирургия. 2008;1:4-7.
8. Старков Ю. Г. и др. //Хирургия. 2008;4:4-10.
9. Федоров Е. Д., Михалев А. И., Орлов С. Ю. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2002;1:9-18.
10. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. //Lancet 1974;17:394-397.

Qabul qilingan sana 20.12.2024