



O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

217

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№4
2016

KLINIK TIBBIYOT 

Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, А.А.Асраров, У.И.Маткулиев, Ш.Э.Аишуров, Ж.С.Абдуллаев, Д.О.Хусинов ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИППИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЕПТИЧЕ- СКИХ ЯЗВ.....	2
Х.П.Камилов, Д.М.Алимова СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧ- НОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА.....	5
Д.К.Нажмутдинова, Н.П.Адхамова ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА DRD2 У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРО- ЛАКТИНЕМИЕЙ И ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	8
М.Н.Тилляшайхов, Д.К.Абдурахмонов, С.В.Хожитоев, С.Р.Набиев, А.М.Исмоилов, Б.Н.Исмаилов, Ш.М.Халилов РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕБРЮШИННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ИНВА- ЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	11
У.Х.Солиева, З.А.Муминова АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ В III ТРИ- МЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ И ЕЕ ИСХОДЫ.....	14
М.А.Сабиров СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕ- СКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	17
У.А.Шукурова, О.Е.Бекжанова СВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ АЛЬБУМИНА У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПОЛОСТИ РТА	21
О.И.Хван СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛО- СТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	23
И.З.Пулатова ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ БРЮШНОЙ ПО- ЛОСТИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЖЕЛУДКА.....	27
Б.Т.Мадийров, Н.Ф.Кротов, А.А.Юсупбеков, Р.В.Хайрулдинов, А.Э.Расулов ВИДЕОТОРАКОСКОПИ- ЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ СРЕДОСТЕНИЯ	30
Г.К.Каипбекова, Л.Х.Мусаджанова ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ	33
Г.А.Гафуров КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕ- ЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ.....	37
М.Д.Джурсаев, А.А.Юсупбеков, С.Б.Абдужаппаров, Ш.У.Турдикулова, Д.Далимова, Ж.А.Исмаилова, Х.Х.Кодиров МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА.....	40
Р.М.Валиева, М.Н.Тилляшайхов, А.А.Юсупбеков, В.В.Гринберг, Ш.Х.Юсупов, Е.В.Бойко УСОВЕР- ШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ШВОВ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПО ПОВО- ДУ ОПУХОЛИ.....	43
Э.Б.Наврззов К ПРОБЛЕМАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ХЛОПКОВОГО МАСЛА.....	46

Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, А.А.Асраров, У.И.Маткулиев, Ш.Э.Ашууров, Ж.С.Абдуллаев,
Д.О.Хусинов

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИППИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Ташкентская медицинская академия

Ш.И.Каримов, М.Ш.Хакимов, А.А.Асраров, У.И.Маткулиев, Ш.Э.Ашууров, Ж.С.Абдуллаев,
Д.О.Хусинов. Пептик яралардан қон кетишда эндоскопик клипплаш

Тадқиқот мақсади: гастроэнтероанастомознинг пептик ярасидан қон кетишда анестезиологик хавфи юқори беморлар даволаш кўрсаткичини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2013-2015 йй. ТТА 2-клиникасида пептик ярадан стационар даволанган 7 нафар беморнинг даволаш натижаси таҳлил қилинган анамнездан ҳамма беморлар перфоратив яра сабабли ошқозон резекцияси амалиётини ўтказишган ва амалиётдан кейинги давр 2-25 йй. ташкил қилади.

Натижалар ва муҳокама: бизнинг кузатувларимизда 6 та ҳолатда (87.5%) гемостаз аниқланган. Рециди ҳолати бўлмаган бир беморда қон кетиш профузлиги ва қон кетаётган соҳа аниқлаш имкони бўлмаганлиги сабабли клипплаш имкони бўлмади. Беморга очик амалиёт – гастротомия ва қон кетаётган ярани боғлаш амалиёти ўтказилган.

Калит сўзлар: пептик яра, қон кетиш, эндоскопия, клипплаш, гемостаз.

Sh.I.Karimov, M.Sh.Khakimov, A.A.Asrarov, U.I.Matkuliev, Sh.E.Ashurov, J.S.Abdullaev,
D.O.Husinov. Endoscopic clipping at bleeding from peptic ulcers

Research purpose: the improving the treatment outcomes at bleeding from ulcers of the gastrointestinal anastomosis in patients with a high anesthetic risk.

Material and methods: the results of treatment of 7 patients with bleeding from peptic ulcers who were hospitalized in the TMA clinic II for the period from 2013 to 2015. From anamnesis: all patients underwent a surgery resection of a stomach because of a perforated duodenal ulcer within the period from 2 to 25 years.

Results and discussion: in our observations hemostasis by clipping way was achieved in 6 cases (85.7%). The relapse was not detected. It was impossible to perform clipping in 1 patient due to inability to visualize the source and profuse bleeding. An open operative intervention - gastrotomy with the stitching the bleeding ulcer was carried out in the patient.

Keywords: peptic ulcer of gastroenteroanastomosis, bleeding, endoscopy, clipping, hemostasis.

Пептическая язва (от греческого языка «perptein» – переваривать) развивается в основном в области желудочно-кишечного анастомоза после дренирующих и резекционных методов операций, выполненных по поводу различных осложнений язвенной болезни. По данным различных авторов, возникновение пептической язвы после таких операций составляет от 1 до 5% случаев. Зарегистрированы случаи развития этого осложнения до 20% случаев после шунтирующих операций, выполненных по поводу ожирения [4,5,10]. В конце XIX и в начале XX вв. Х.Брауном и Х.Хаберером были впервые описаны случаи возникновения пептических язв после различных операций по поводу язвенной болез-

ни. Доказано, что основной причиной развития пептических язв является гиперсекреция соляной кислоты, гипергастринемия, гипертонус блуждающих нервов, а также такие эндокринные болезни, как синдром Золлингера-Эллисона, синдром Вермера и гиперпаратиреодизм.

Среди urgentных осложнений пептической язвы первое место занимает кровотечение, составляя до 90% случаев от всех осложнений [4,5]. Общая летальность в этой категории больных достигает до 40%, а послеоперационная, особенно при оперативных вмешательствах, выполненных на фоне продолжающегося кровотечения или при его рецидиве, составляет 55-75% [1,12].

Активная хирургическая тактика лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями приводит к высокой послеоперационной летальности и поэтому не приемлема для данной категории пациентов [6,8,11].

Широкое внедрение в последние годы эндоскопических методов гемостаза позволили улучшить клинические результаты лечения. Однако до настоящего времени нет четких показаний к выбору метода гемостаза у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими патологиями в зависимости от локализации и вида язвенного дефекта. Для остановки кровотечения при данной патологии в последние годы стали широко применяться различные эндоскопические методы гемостаза (склеротерапия, обкалывание, электрокоагуляция, аргон-плазменная коагуляция, эндоклиппирование) [5-7,13]. Лишь в 4-10% наблюдений приходится прибегать к открытым оперативным вмешательствам [6,7].

В последнее десятилетие в Японии проведены множество рандомизированных и метааналитических исследований по оценке эффективности всех видов эндогемостаза. Они показывают, что самым безопасным и эффективным методом является эндоскопическое клиппирование при язвенных кровотечениях. При этом окончательный гемостаз достигает от 85 до 100%, рецидив кровотечения наблюдается до 20% случаев [7].

Цель исследования – улучшение результатов лечения при кровотечениях из язв желудочно-кишечных анастомозов у больных с высоким анестезиологическим риском.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 7 пациентов с кровотечением из пептической язвы, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2-клиники Ташкентской медицинской академии, за период с 2013 по 2015 гг. Из анамнеза: все больные перенесли операцию резекцию желудка по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сроки от 2 до 25 лет. Со слов пациентов в течение 2-5 лет их беспокоили боли, изжога и метеоризм, которые купировались спазмолитиками, антацидами и противоязвенными препаратами. За медицинской помощью никуда не обращались. Мужчин было 6, представительница женского пола – 1. Возраст больных составил от 33 до 58 лет. Всем пациентам выполнялась видеогастроскопия для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. В 2-х наблюдениях кровотечение оценено как F-IA, в 3 наблюдениях – F-IB и в 2 наблюдениях

– F-IIA. Все больные были в тяжелом и крайне тяжелом состоянии за счет массивной кровопотери (5 пациентов) и тяжелых сопутствующих патологий. У 6 больных имелись сопутствующие заболевания: у одного пациента – терминальная фаза хронической почечной недостаточности (пациент периодически получал гемодиализ); у второго пациента – постинфарктный кардиосклероз с хронической сердечной недостаточностью; у третьего пациента – декомпенсированная форма сахарного диабета, инсулинзависимая форма; у четвертого пациента – болезнь Верльгофа; у пятого пациента – двухсторонний туберкулез с явлениями дыхательной недостаточности; у шестого пациента – состояние после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с наличием гемипареза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз с хронической сердечной недостаточностью. Показатели гемоглобина колебались от 28 до 87 г/л. Во всех случаях для достижения гемостаза были установлены клипсы фирмы «СООК». Необходимо отметить, что ни в одном наблюдении эндоскопическая манипуляция не оказала влияния на тяжесть сопутствующей патологии.

Результаты

В наших наблюдениях гемостаз путем эндоклиппирования был достигнут в 6 случаях (85,7%). Во время диагностической гастроскопии определяли характер кровотечения (рис. 1). Выполнялось клиппирование кровоточащего сосуда вместе с окружающими тканями и, тем самым, достигали гемостаза (рис. 2, 3).

Видеоролик об эндоскопической манипуляции данного пациента размещен на сайте www.youtube.com под названием «Артериальное кровотечение из ЖКТ» (www.youtube.com/watch?v=HC9ohT7ZIU) и «Клиппирование при артериальном кровотечении» (<https://youtu.be/lwdz2Agfloy>).

Рецидива и летальности после этого не отмечено. У 1 больного из-за невозможности визуализации источника и профузного кровотечения выполнить клиппирование не удалось. Пациенту произведено открытое оперативное вмешательство – гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы. В позднем послеоперационном периоде у больного развилась вентральная грыжа.

Обсуждение

На сегодняшний день кровотечение из пептических язв желудочно-кишечных анастомозов является актуальной проблемой экстренной хирургии. Хотя не всегда приходится прибегать к эндоскопическим методам гемостаза или открытым

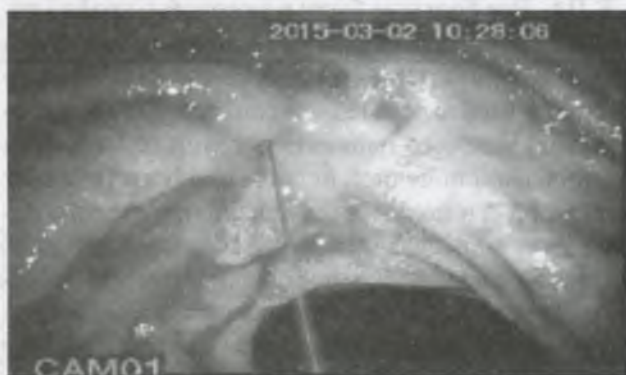


Рисунок 1. Активное профузное кровотечение из пептической язвы ГЭА.

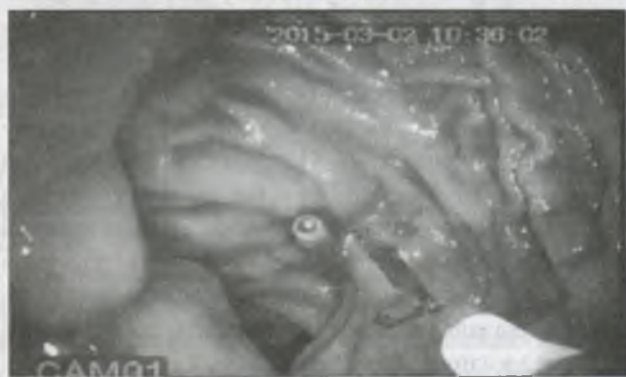


Рисунок 2. Установка клипс на кровоточащий сосуд вместе окружающими тканями.



Рисунок 3. Кровотечение остановлено после установления клипс на кровоточащий сосуд пептической язвы гастроэнтероанастомоза (ГЭА).

оперативным вмешательствам при данной патологии, послеоперационные осложнения и частота рецидива кровотечения остаются предельно высокими. По данным А.М.Хаджибаева, рецидив кровотечения после использования различных методов эндоскопического гемостаза достигает до 15%, открытые оперативные вмешательства приходится выполнять в 8,6% случаях [4]. Следует отметить, что арсенал эндоскопических методов гемостаза не включал способ эндоскопического клиппирования.

В 1980 г. впервые в Японии доктором Nachisu совместно с компанией «Olympus» был создан клиппатор и клипсы для эндоскопического гемостаза. Им проведены различные исследования для оценки эффективности эндоскопических клипс при активных кровотечениях. Он сообщает, что при использовании данного метода обеспечивается первичный окончательный гемостаз в 85-100% наблюдений, уменьшая частоту рецидива от 2 до 20% [7].

К.F.Binmoeller в Германии провел исследование у 88 пациентов с активными язвенными кровотечениями, используя методику эндоскопического клиппирования. Рецидив наблюдался в 5 (5,6%) случаях, среди них один больной был прооперирован. Летальности не отмечено [6].

S.J.Tang проведено исследование у 40 пациентов с язвенными кровотечениями с использованием ротационных клипс. При этом окончательный гемостаз был достигнут у 95% больных, рецидив отмечался в 7,5% наблюдениях [10].

Эндоскопическое клиппирование было использовано у 58 пациентов с синдромом Меллори-Вейса. Автор сообщает, что в этой группе первичного гемостаза добились в 100% случаях, рецидива кровотечения не отмечено [12].

Научное исследование по изучению эффективности различных методов эндоскопического гемостаза, проведенное в Гонг-Конге, является одним из самых широкомасштабных исследований, которое включало в себя результаты обследования и лечения 1156 больных. Пациенты были распределены на несколько групп для сравнительного анализа различных методов эндоскопического гемостаза. Результаты исследования показали, что самым эффективным методом является клиппирование, эффективность которого составила 90% [6].

В журнале «Gastrointestinal endoscopy» опубликовано рандомизированное исследование с проведенным метаанализом. Авторы данной статьи сообщают, что частота первичного окончательного гемостаза при использовании эндоскопического клиппирования возросла с 92% до 96%, рецидив кровотечения снизился почти в 2 раза (с 8,5% до 15%). Однако изменение метода эндоскопического гемостаза не повлияло на частоту летальности и открытых операций [13].

Таким образом, эндоскопическое клиппирование является самым безопасным и эффективным методом при кровотечениях из пептических язв, особенно у пациентов в тяжелом состоянии с сопутствующими патологиями жизненно важных органов.

Выводы

1. Эндоскопическое клипирование является высокоэффективным методом гемостаза при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта.

2. Эффективность методики достигает до 85,7% в лечении кровотечений из пептических

язв после резекции желудка, выполненной по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы.

3. Эндоскопическое клипирование является методом выбора при гастродуоденальных кровотечениях при наличии тяжелой сопутствующей патологии и при высоком операционном риске.

Литература

1. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколов П.Ю., Цинова Ф.И. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013; 8: 28-31.
2. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В., Климов Д.Е., Сорокин Н.О. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013; 7: 20-23.
3. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение. Здоров'я України. 2011; 5: 8-11.
4. Хаджибаев А.М. и др. Аспекты хирургической тактики и лечения кровотечения из пептических язв гастроэнтероанастомоза. Вестн экстренной медицины. 2014; 1: 13-17.
5. Binmoeller K.F. Endoscopic hemoclip treatment for gastrointestinal bleeding. Hamburg, 2007.
6. Hepworth C.C., Kadirkamanathan S.S., Gong F., Swain C.P. A randomized controlled comparison of injection, thermal, and mechanical endoscopic methods of hemostasis on mesenteric vessels. 2014; 50 (5): 462-469.
7. Hokama A., Kishimoto K., Kinjo F., Fujita J. Endoscopic clipping in the lower gastrointestinal tract. Department of Endoscopy, Ryukyus University Hospital. Okinawa, 2009.
8. Landsverk B.K., Jarid G., Yattoo G.N. et al. Comparison of haemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treading high-risk bleeding ulcer. Gastrointest Endosc. 2013; 6: 767-773.
9. Sung J.J., Tsoi K.K., Lai L.H., Wu J.C. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: meta-analysis. Gut. 2007; 56 (10): 1364-73.
10. Tang S.J. Endoscopic hemostasis using endoclip in early gastrointestinal hemorrhage after gastric bypass surgery. 2007; 17(9):1261-7.
11. Tsoi K., Chan H., Chiu P. et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: A meta-analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 25: 8-13.
12. Yamaguchi Y., Yamato T. Endoscopic hemoclippping for upper GI bleeding due to Mallory-Weiss syndrome with active bleeding. GIE. 2011; 53: 427-30.
13. Yuhong Yuan. Endoscopic clipping for non-variceal upper GI bleeding: meta-analysis. GIE. Canada, 2008.