

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 4, 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №4, 2023

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D.

prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department of SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. L 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Хайдарова С.А., Ганиева Ш.Ш. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АТИПИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА	Khaidarova S.A., Ganieva Sh.Sh. GENDER DIFFERENCES IN CLINICAL PARAMETERS IN ATYPICAL ANGINA IN PATIENTS WITH HEART REMODELING	177
Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ	Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Dekhkonov Zh.K., Kushiev Zh.Kh. INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER AND ITS COMPLICATIONS	182
Хамидова Ш.Ш., Наврузова Ш.И. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	Khamidova Sh.Sh., Navruzova Sh.I. INDICATORS OF HORMONAL BLOOD PARAMETERS IN UTERINE LEIOMYOMA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	189
Хўжаназаров И.Э., Фофуров С.К., Сувонов У.Х. ЧАНОҚ – СОН БЎФИМИ ЭНДОПРОТЕЗИДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Khudjanazarov I.E., Gofurov S.K., Suvonov U.K. EVALUATION OF THE RESULTS OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP ENDOPROSTHETIC JOINT	192
Шамсутдинова М.И., Шамсутдинов М.М., Тойчиев А.Х., Осипова С.О., Таджиева З.М., Ёрлаев Н.Ф. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	Shamsutdinova M.I., Shamsutdinov M.M., Toychiev A.Kh., Osipova S.O. , Tajieva Z.M. , Yorlaev N.F. FORECASTING AND MODERN DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS	196
Eshonov O.Sh., Tillaev S.S. MIYA SHIKASTLANISHI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LIMFOTROP TERAPIYA	Eshonov O.Sh., Tillaev S.S. LYMPHOTROPIC THERAPY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY	201
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		
HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY		
Маматкулов Б.М., Рахматуллаева М.К. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	Mamatkulov B.M., Rakhmatullaeva M.K. THE INFLUENCE OF THE CONDITIONS AND LIFESTYLE OF THE FAMILY ON THE HEALTH OF ONE-YEAR-OLD CHILDREN	205
Нуралиев Д.А. «ГРУППА РИСКА» В ГЕНЕЗИСЕ ПРЕСТУПНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ	Nuraliev D.A. "RISK GROUP" IN THE GENESIS OF CRIMINAL BEHAVIOR AND ITS PREVENTION	208
Urazalieva I.R., To'laganova D.S., Tursunova S.B. TIBBIY-IJTIMOIIY XIZMAT KO'RSATUVCHI MUASSASA HAMSHIRASI ISH FAOLIYATI TAHLILI	Urazalieva I.R., Tulyaganova D.S., Tursunova S.B. ANALYSIS OF NURSING ACTIVITIES IN A MEDICAL AND SOCIAL SERVICE INSTITUTION	212
Усманова Ш.Ф. СУИЦИД – УГРОЗА ОБЩЕСТВУ!	Usmanova Sh.F. SUICIDE IS A THREAT TO SOCIETY!	216
Ermatova A.K., Inakov A.K. TIBBIY-IJTIMOIIY MUASSASALARDA KEKSALAR VA NOGIRONLARNI TIBBIY-IJTIMOIIYREABILITATSIYAQILISHZARURLIGINI ANIQLASH	Ermatova A.K., Inakov A.K. DETERMINING THE NEED FOR MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF THE ELDERLY AND DISABLED IN MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTIONS	221
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		
HELPING A PRACTITIONER		
Мирзаева Д.Ф. НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	Mirzaeva D.F. NEUROTOXIC COMPLICATIONS OF METHOTREXATE IN CHILDREN WITH HEMOBLASTOSIS	227
Рузикулов М.М., Расулов Ш.О., Ташматов Ш.Н. ВЫПОЛНЕНИЕ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ АНЕВРИЗМАМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	Ruzikulov M.M., Rasulov Sh.O., Tashmatov Sh.N. PERFORMING AN EXTRA-INTRACRANIAL MICROANASTOMOSIS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GIANT ANEURYSMS OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY	230
Хожимуродов Э.Э., Маматкулов Б.В., Бердиев Ш.Р. ҲАРБИЙ-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ	Xojimurodov E.E., Mamatkulov B.V, Berdiev Sh.R. BASIC PRINCIPLES OF MILITARY MEDICAL EXAMINATION	233

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.

ME'DA VA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI VA UNING ASORATLARINI DAVOLASHDA INNOVATSION YONDASHUV

Hakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Dexqonov J.K., Kushiev J.X.

INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER AND ITS COMPLICATIONS

Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Dekhkonov Zh.K., Kushiev Zh.Kh.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: o'tkir oshqozon yarasida diagnostikasi samaradorligini oshirish va qon ketishining oshqozon yarasida sohasidagi to'qimalarning endoskopik, anatomik xususiyatlari va patomorfologik xususiyatlarini o'rganish orqali qayta qon ketish xavfini bashorat qilish. **Material va usullar:** 2012-2022 yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi shoshilinch jarrohlik bo'limida o'tkir me'da yarasidan qon ketishi bilan og'rigan 298 nafar bemor kuzatuvda olindi. **Natijalar:** ko'pincha takroriy qon ketish oshqozon burchagi sohasida, tananing orqa yuzasida va oshqozon antrumida kichik egrilik bo'ylab joylashgan o'tkir oshqozon yaralarida kuzatiladi. Ushbu holatning sabablari yurak bo'limi va oshqozon tanasining orqa devori bo'ylab joylashgan o'tkir yaralardan qon ketish manbasini endoskopik vizualizatsiya qilishning etarli emasligi va gemostazning endoskopik usullari, ayniqsa qon ketishining davom etishi. **Xulosa:** o'tkir oshqozon yarasidan qon ketganda jarrohlik aralashuv hajmini va gemostazning samarali usulini tanlashda yaraning joylashishi, maydoni va chuqurligiga qarab qon ketish xavfini baholash kerak.

Kalit so'zlar: qon ketish, Forrest, yara, endoskopiya, kesish, teshilish.

Objective: To increase the efficiency of diagnosing acute gastric ulcers and predict the risk of rebleeding by studying the endoscopic, anatomical features and pathomorphological characteristics of tissues in the area of a bleeding gastric ulcer. **Material and methods:** 298 patients with bleeding from acute gastric ulcers were under observation, who were treated in the department of emergency surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2012-2022. **Results:** Most often recurrent bleeding is observed in acute gastric ulcers located along the lesser curvature in the area of the angle of the stomach, along the posterior surface of the body and the antrum of the stomach. The reasons for this circumstance are the insufficiency of endoscopic visualization of the source of bleeding from acute ulcers located along the posterior wall of the cardiac section and the body of the stomach and endoscopic methods of hemostasis, especially with continued bleeding and the presence of blood clots in the lumen of the stomach, as well as a deeper spread of acute ulcers of the lesser curvature of the stomach in the underlying layers due to increased trauma. **Conclusions:** When choosing the volume of surgical intervention and an effective method of hemostasis in case of bleeding from an acute gastric ulcer, it is necessary to assess the risk of bleeding depending on the location, area and depth of the ulcer.

Key words: bleeding, Forrest, ulcer, endoscopy, clipping, perforation.

Кровотечение из острых язв желудка является распространенным неотложным состоянием во всем мире. Эндоскопическая диагностика и гемостаз являются краеугольными камнями в лечении заболевания и снижении смертности. Количество неотложных открытых хирургических вмешательств при кровоточащих острых язвах продолжает снижаться; в Великобритании уровень хирургического вмешательства с 2003 по 2012 гг. снизился с 8 до 2%. За тот же период в США использование эндоскопического лечения при острых язвах увеличилось на 58,9%, а частота неотложной хирургии язвы снизилась на 21,9%.

Несмотря на эти достижения, смертность от этого заболевания остается на уровне около 10% [6]. Заболевание чаще возникает у пожилых пациентов с частыми сопутствующими заболеваниями, принимающих антиагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты и антикоагулянты [14]. Ведение таких пациентов, особенно с высоким кардиотромботическим риском, принимающих антико-

агулянты, представляет для клиницистов сложную задачу [1,2].

В настоящее время при диагностике острых язв желудка не учитывается влияние анатомических и патоморфологических характеристик слизистой оболочки вокруг язвы на прогноз риска повторного кровотечения и исхода заболевания.

Цель исследования

Повышение эффективности диагностики острых язв желудка и прогноз риска повторного кровотечения путем изучения эндоскопических, анатомических особенностей и патоморфологических характеристик тканей в области кровоточащей язвы желудка.

Материал и методы

Под наблюдением были 298 пациентов с кровотечением из острых язв желудка, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2012-2022 гг.

Критериями включения в исследование явились:

- наличие у больного острой язвы желудка (стрессовой, лекарственной), осложненной развитием кровотечения;

- согласие пациента на предлагаемое лечение и обследование с подписанием информированного согласия, утвержденного локальным этическим комитетом (Протокол № 7 от 4.02.2012 г.).

Критерии исключения из исследования:

- наличие верифицированного диагноза осложненной кровотечением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

- больные с хроническими гастродуоденальными кровоточащими язвами;

- язва-рак гастродуоденальной области, осложненная геморрагией;

- язва Дьелафуа;

- синдром Золлингера – Эллисона;

- острые гастродуоденальные язвы, не осложненные кровотечением;

- больные, поступающие в лечебное учреждение в преагональном и агональном состоянии;

- больных с острыми язвами желудка, возникшими на фоне острой и хронической почечной и печеночной недостаточности, цирроза печени;

- больные с варикозно расширенными венами пищевода и желудка;

Эндоскопическое исследование (ЭГДФС) верхних отделов пищеварительной трубки осуществляли эндоскопами с торцевым расположением оптики Olympus со стандартным инструментальным каналом 2,8 мм. ЭГДФС в динамике проводили через 24 и 72 часа, а также в экстренном порядке при любом подозрении на наличие рецидива кровотечения.

Критериями для постановки диагноза острая язва желудка являлись:

Анамнестические данные, указывающие на связь с основными (фоновыми) заболеваниями или стрессовыми воздействиями, предшествующим оперативным вмешательством, употреблением ulcerогенных лекарственных средств или злоупотреблением алкоголя.

Эндоскопическая картина острой язвы.

Обычно при выполнении ЭГДФС выявляли отечную, местами гиперемизированную, легко ранимую, покрытую вязкой слизью и фибрином слизистую оболочку желудка. На таких складках слизистой оболочки визуализировали эрозии, которые нередко были множественными, иногда сливались, образуя поля без четких границ. Острые язвы располагались на складках слизистой оболочки и представляли собой язвенный дефект округлой или овальной формы, окруженный ярко-красным ободком без воспалительного периульцерозного вала. В протоколах эндоскопического исследования часто приходилось встречаться с подобными описаниями, характеризующими острую язву как «плоская», «простая», «поверхностная».

Обнаружить в острой язве кровоточащий или тромбированный сосуд удавалось сравнительно

редко. Значительно чаще кровотечение визуализировалось в виде «капель росы», которая образовывалась вновь после удаления кровянистого отделяемого, либо в виде рыхлого тромба (микротромбов), прикрывающего изъязвление. Достаточно часто острые язвы сопровождалась эрозиями. Острые язвы не имели подрытых краев и воспалительного вала по периферии, характерного для хронической язвы.

В ходе эндоскопического исследования диагностировали источник кровотечения, определяли его размеры и локализацию, количество язв, характер краев и дна язвы, интенсивность кровотечения, признаки стабильности гемостаза.

К эндоскопическим признакам нестабильного гемостаза традиционно относили обнаружение в просвете желудка редуцированной крови, сгусток крови в дне язвы, тромбы и мелкие тромбированные сосуды в язве, геморрагический налет на ее поверхности. Признаком стабильности гемостаза служило отложение фибрина на язвенной поверхности.

Эндоскопическое исследование дополняли взятием материала из области язвы для гистологического исследования, в том числе и для изучения клеточного состава.

Для определения объема кровопотери, при наличии данных исходного гемоглобина (Hb), целесообразно использовать модифицированную формулу Moore:

$$V_{кр (мл)} = ОЦК_d \times (Hb_{исх} - Hb_{п/о}) / Hb_{исх}$$

где: $V_{кр}$ – объем кровопотери; $ОЦК_d$ – должный объем циркулирующей крови; $Hb_{исх}$ – Hb исходный; $Hb_{п/о}$ – Hb определенный во время, или после остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики.

В случае неизвестных исходных данных гемоглобина применялась классическая формула Moore:

$$V_{кр (мл)} = ОЦК_d \times (130 - Hb_{п/о}) / 130$$

где: должный ОЦК для женщины – 60 мл/кг, для мужчины – 70 мл/кг; для тучных и беременных – 75 мл/кг.

Статистическая обработка материала произведена с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 26.0. По каждому показателю рассчитывали среднее значение (M), среднее отклонение (m).

Результаты

Всего за период с февраля 2012 по май 2022 г. наблюдались 298 пациентов с острыми язвами желудка, из них 192 (64,4%) мужчины и 106 (35,6%) женщин. Возраст пациентов колебался от 18 до 76, средний возраст – $49,6 \pm 10,3$ года

Большинство больных (227; 76,2%) были доставлены в приемное отделение экстренной хирургии бригадой скорой медицинской помощи в различные сроки от начала заболевания: в первые 6 часов 35 (11,7%) пациентов, от 7 до 24 часов 105 (35,2%).. У остальных больных срок от начала заболевания до поступления в стационар составил более суток. Непосредственно в стационаре кровотечение возникло у 71 (23,8%) больного (в отделениях реанимации и интенсивной терапии, кардиологии, нефрологии, плановой хирургии, неврологии, трав-

матологии и ортопедии, нейрохирургии, гинекологии, ревматологии).

Наиболее часто острые кровоточащие желудочные язвы возникали при приеме ulcerогенных лекарственных средств (НПВС, гормонотерапия) или алкоголя – у 123 (41,2%). Достаточно часто острые

язвы встречались также у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – у 92 (30,9%) и острые язвы, осложненные кровотечением, после торакальных/абдоминальных хирургических вмешательств (стресс-язвы) – у 56 (18,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Основная патология (состояние), провоцирующая возникновение острой язвы желудка, осложненной кровотечением

Патология	Число больных, абс. (%)
Сердечно-сосудистые заболевания	92 (30,9)
Гнойно-воспалительные заболевания	19 (6,4)
Употребление ulcerогенных препаратов или алкоголя	123 (41,2)
Заболевания дыхательной системы	27 (9)
Травма	23 (7,7)
Оперативные вмешательства на грудной клетке/ брюшной полости	56 (18,8)
Сахарный диабет	29 (9,7)

Оценку язвенного кровотечения проводили по наиболее часто используемой в настоящее время классификации, разработанной J. Forrest (1974).

Во время первичной эндоскопии продолжающееся струйное аррозивное кровотечение (Forrest IA) диагностировано у 24 (8,1%) больных, продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания (Forrest IB) установлено у 56 (18,8%).

Состоявшееся кровотечение в виде тромбированного сосуда на дне язвы (Forrest IIA) обнаружено у 120 (40,3%) обследованных, прикрытую сгустком крови язву (Forrest IIB) – у 89 (29,8%).

Наиболее часто острые кровоточащие язвы располагались в области задней стенки антральной части желудка – у 78 (26,2%) пациентов, задней стенки тела желудка – у 65 (21,8%), по малой кривизне – у 50 (16,8%). При этом следует отметить, что хотя язвы, располагающиеся по малой кривизне желудка, находятся на третьем месте по частоте возникновения, объем кровопотери из этих язв наибольший и в среднем составляет 1373 ± 389 мл (табл. 2). Это связано с тем, что сосуды малой кривизны расположены поверхностно, в подслизистом слое, тогда как сосуды других частей желудка расположены более глубоко.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от локализации острой язвы желудка и объема кровопотери

Локализация язвы	Число больных, %	Объем кровопотери, мл
Кардиальный отдел	8 (2,7)	204±65
Дно желудка	11 (3,7)	126±73
Тело желудка, задняя стенка	65 (21,8)	513±167
Тело желудка, передняя стенка	14 (4,7)	483±127
Антральная часть, задняя стенка	78 (26,2)	836±283
Антральная часть передняя стенка	20 (6,7)	517±154
Пилорическая часть задняя стенка	28 (9,4)	617±212
Пилорическая часть передняя стенка	8 (2,7)	589±187
Малая кривизна	50 (16,8)	1372±389
Большая кривизна	16 (5,3)	427±126

Размеры острых осложненных кровотечением язв желудка колебались от 2 до 25 мм (рис. 2). Самое большое количество составили острые язвы с размерами от 5 до 10 мм – у 80 (26,8%) и менее 5 мм – у 104 (34,9%). Острые язвы от 11 до 15 мм отмечались у 45 (14,6%) больных, от 16 до 20 мм – у 44 (14,8%). У 25 (8,4%) пациентов размеры остальных острых язв колебались в пределах от 21 до 25 мм.

При поступлении больных с острыми язвами желудка выполняли эндоскопический гемостаз, метод которого зависел от интенсивности кровотечения. При рецидиве кровотечения после эндоскопического гемостаза проводилась попытка повторного эндоскопического гемостаза. При невозможности достижения эндоскопического гемостаза или повторного рецидива пациенты подвергались оперативному ле-

чению – гастротомии с прошиванием кровоточащей острой язвы желудка.

Всего в результате проведенного лечения наблюдалось 24 (8%) случая повторного кровотечения из язвы. Анализ случаев рецидивов кровотечений показал, что наиболее часто повторное кровотечение возникало при локализации язвы по

малой кривизне желудка – у 7 (2,3%) больных, а также по задней стенке антральной части – у 6 (2%) (табл. 3). Объем кровопотери при рецидиве кровотечения из язв этой локализации был наивысшим, составляя 972 ± 389 мл при язвах малой кривизны, и 733 ± 213 мл – при язвах задней стенке антральной части.

Таблица 3

Распределение больных с рецидивом язвенного кровотечения в зависимости от локализации острой язвы желудка и объема кровопотери

Локализация язвы	Число больных, абс. (%)	Объем кровопотери, мл
Кардиальный отдел	1 (0,3)	154±45
Дно желудка	-	-
Тело желудка, задняя стенка	3 (1)	403±127
Тело желудка, передняя стенка	-	-
Антральная часть, задняя стенка	6 (2)	733±213
Антральная часть передняя стенка	1(0,3)	497±144
Пилорическая часть задняя стенка	3(1)	517±202
Пилорическая часть передняя стенка	2 (0,6)	469±147
Малая кривизна	7 (2,3)	972±389
Большая кривизна	1 (0,3)	327±96

Нами было проведено морфологическое исследование биопсийного материала из язв желудка у 24 пациентов с рецидивом язвенного кровотечения и у 20 пациентов, у которых рецидива кровотечения из язвы не отмечалось.

Морфологическое исследование участка биопсии из язвы, локализованной по передней стенке тела желудка, показало, что язвенный дефект распространялся не далее собственной пластинки слизистой оболочки стенки желудка (рис. 1). Отмечались большие участки слизистой оболочки желудка с мелким фокусом поверхностного дефекта с деструкцией прилежащих отделов желез, умеренной полиморфной воспалительной инфильтрацией и отеком подлежащей стромы. На соседних участках поверхностный и железистый эпителий имел повышенную секреторную активность. Ядра эпителиальных клеток в основном были расположены базально, умеренно увеличенные, с хорошо видимыми ядрышками. Строма с умеренным отеком, повышением числа лимфоцитов.

Морфологическое исследование участка биопсии из язвы, локализованной по задней стенке антральной части желудка, выявило, что язвенный дефект распространялся более глубоко вплоть до подслизистой основы (рис. 2). Поверхность язвы при микроскопическом исследовании покрыта рыхлыми нитями фибрина, под которым имеется язвенная поверхность с некрозами, полиморфным воспалительным инфильтратом. Железы с набухшим эпителием в состоянии частичной или полной деструкции.

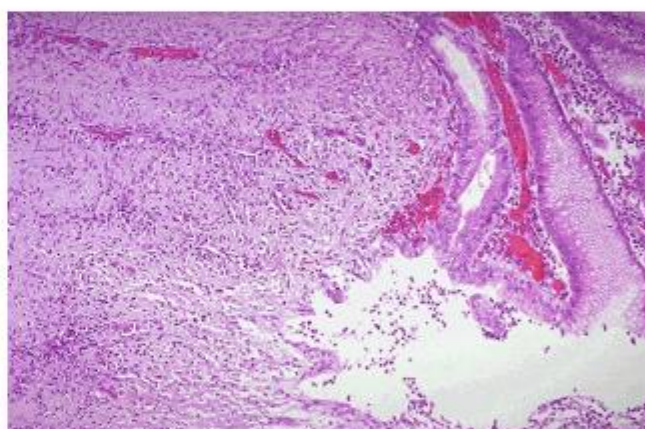


Рис. 1. Стенка желудка. Биопсия из язвы, локализованной по передней стенке тела желудка. Окраска гематоксилином и эозином. Ув: ок.10, об.20.

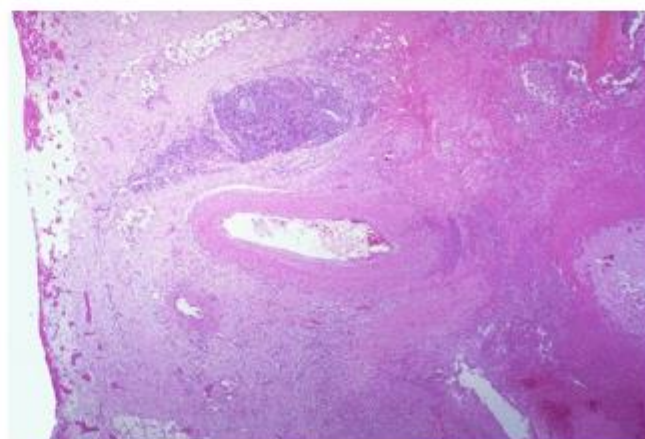


Рис. 2. Стенка желудка. Биопсия из язвы, локализованной по задней стенке антральной части желудка. Окраска гематоксилином и эозином. Ув: ок.10, об.20.

При морфологическом исследовании участка биопсии из язвы, локализованной по малой кривизне желудка, язвенный дефект определялся не только до подслизистой основы, но и переходит в мышечную оболочку (рис. 3). Микроскопически язва была четко очерчена, нормальная слизистая желудка переходит в глубокую язву, в основании которой имеется гнойно-некротический детрит. Артериальная ветвь у основания язвы эрозирована и кровоточит. Поверхность слизистой оболочки желудка с очагами язвенно-некротических изменений с полиморфной, преимущественно лейкоцитарной инфильтрацией. На сохраненных участках слизистая оболочка желудка с крупными складками, покрытыми пролиферирующим, призматическим эпителием. В толще ткани имеются неравномерно увеличенные железы с укрупненными, насыщенно окрашенными ядрами. Строма с повышенной лимфоидной инфильтрацией.

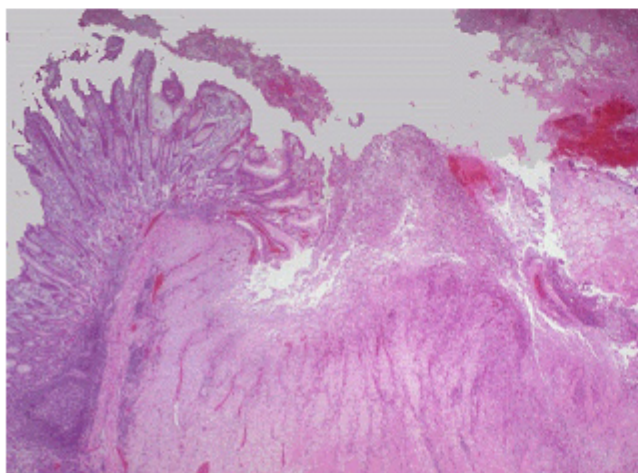


Рис. 3. Стенка желудка. Биопсия из язвы, локализованной по малой кривизне желудка. Окраска гематоксилином и эозином. Ув: ок.10, об.20.

Таким образом, в результате морфологического исследования биопсии из язв желудка было отмечено, что распространение язвенно-некротического дефекта более глубоко, вплоть до мышечного слоя, особенно при локализации язв по малой кривизне желудка, нашло свое отражение в более высокой частоте рецидивов кровотечений.

Обсуждение

Кровотечение из острой язвы желудка – одно из наиболее распространенных неотложных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Распространенность острых язв желудка среди населения запада стран составляет 1,4%, а в Азии может достигать 4,1% [11]. По данным Национального аудита Великобритании за 2017 г., кровоточащие острые язвы желудка составляли 19% от всех причин острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [4]. В систематическом обзоре американских авторов сообщалось о частоте кровотечений из острых язв, которая варьировала от 4 до 37 на 100 тыс. населения в год [13]. В Китае распространенность кровотечения из острых язв желудка изучена недостаточно, хотя данная патология встречается часто. В больничных эндоскопиче-

ских исследованиях, проведенных в Ухане и Пекине, распространенность острых язв желудка 5,7%, а частота кровотечений оценивалась между 3,9 и 5,5% [7]. Среди стареющего населения (число людей в возрасте старше 60 лет удвоится в следующие два десятилетия) и с ростом урбанизации будет расти распространенность коронарных и цереброваскулярных заболеваний и, следовательно, будет расти частота острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, связанных с применением аспирина и антикоагулянтов. При обследовании пациентов с острым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, связанным с аспирином и нестероидными противовоспалительными препаратами, исследователи сообщили о низком уровне приверженности к гастропротекторным препаратам.

Кроме того, острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта могут возникать в результате стресса при тяжелой сочетанной травме, дыхательной недостаточности, обширных ожогах, сепсисе и других критических состояниях. Отличительной особенностью стрессовых поражений слизистой является связь с физиологическим стрессом, диффузный характер поражения и многообразие клинических проявлений. Уже через несколько часов после стресса в теле и дне желудка появляются множественные плоские точечные субэпителиальные кровоточащие дефекты слизистой диаметром 1-2 мм с незначительной перифокальной воспалительной реакцией. Эрозии могут сливаться, образуя значительные дефекты слизистой оболочки диаметром 1-3 см и более, без четких границ [8]. Поражения слизистой становятся более глубокими, возможно образование острых язв, при которых дефект стенки достигает мышечного слоя.

Острая язва желудка представляет собой локализованное глубокое некротическое поражение, поражающее всю толщу слизистой оболочки и мышечную оболочку слизистой оболочки. Обычно считается, что эти язвы развиваются из-за дисбаланса между защитными механизмами слизистой оболочки и повреждающими факторами внутрипросветной поверхности желудка.

Ульцерогенез начинается с разрушения защитного слизистого слоя, образованного эпителиальными клетками. Повреждение слизистого слоя может привести к отслоению поверхностного эпителия и обнажению эндотелиальных клеток капилляров в подлежащей соединительной ткани. Когда капилляры повреждены, возникает дефицит кислорода и питательных веществ. Как следствие, гипоксический некроз будет происходить в глубоких железистых клетках, а именно в стволовых/прогениторных клетках, клетках слизистой шейки, зимогенных клетках, энтероэндокринных клетках и париетальных клетках [3]. Кроме того, поврежденные макрофаги, тучные клетки и эндотелиальные клетки выделяют вазоактивные вещества и провоспалительные медиаторы, что ухудшает микроциркуляцию слизистой оболочки [5]. Некроз эпителия и

соединительной ткани в конечном итоге приводит к образованию язв с последующим развитием такого грозного осложнения как кровотечение из язвы. По данным разных авторов летальность при кровотечениях из острых стресс-язв может достигать 19-64% [9,10,12].

Несмотря на достижения в противоязвенной терапии и современной хирургической технике, частота рецидивов кровотечения остается высокой. По данным Американского общества гастроэнтерологов, частота рецидивов кровотечения при острых язвах желудка может составлять 3,7-38,4% [7,9,10,12].

В целом вопросы тактики лечения пациентов с острыми язвенно-эрозивными гастродуоденальными кровотечениями в настоящее время разработаны недостаточно, без учета морфологических и анатомических особенностей кровотечения из острых язв желудка различной локализации, в связи с чем как в нашей стране, так и во всем мире сохраняются высокие показатели смертности.

Для определения ulcerogenesis острых язв и риска развития кровотечения мы изучили частоту локализации острых язв желудка, осложненных кровотечением и морфологическое строение острых язв. Морфологические исследования показали, что острые язвы, расположенные по малой кривизне более глубокие, чем язвы, расположенные в других отделах желудка. Кроме того, сосуды острых язв малой кривизны расположены поверхностно, в подслизистом слое, тогда как сосуды острых язв других частей желудка расположены более глубоко, что определяет не только более высокий объем кровопотери, но и увеличение частоты возникновения рецидива кровотечения из язв данной локализации. Кроме того, необходимо отметить высокую частоту развития рецидивов кровотечения из острых язв, расположенных по задней стенке кардиального отдела и тела желудка, что, по нашему мнению, связано с недостаточностью визуализации источника кровотечения и проведения эндоскопических методов гемостаза, при наличии активного кровотечения и наличии сгустков крови в желудке.

Выводы

1. Наиболее часто острые язвы желудка располагаются по малой кривизне желудка, они являются основной «пищевой дорожкой» и подвержены большей травматизации.

2. Наиболее часто рецидивы кровотечения наблюдаются при острых язвах желудка, расположенных по малой кривизне в зоне угла желудка, по задней поверхности тела и антрального отдела желудка. Причинами данного обстоятельства являются:

- недостаточность эндоскопической визуализации источника кровотечения из острых язв, расположенных по задней стенке кардиального отдела и тела желудка и проведения эндоскопических методов гемостаза, особенно при продолжающемся кро-

вотечении и наличии сгустков крови в просвете желудка;

- более глубокое распространение острых язв малой кривизны желудка в подлежащие слои в связи с повышенной травматизацией.

3. Качественная оценка риска кровотечения в зависимости от локализации, площади и глубины распространения язвенного дефекта является определяющей при выборе наиболее адекватного объема хирургического вмешательства и эффективного способа гемостаза при кровотечении из острой язвы желудка.

Литература

1. Камалова А.А., Шакирова А.Р., Узбаева Э.М. Сравнительная характеристика клинической картины и результатов лечения язвенной болезни и острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки // *Практ. мед.* – 2020. – Т. 4, №46. – С. 67-78.
2. Ступин В.А., Смирнова Г.О., Силуянов С.В., Лучинкин И.Г. Кровотечения из острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической практике // *Клин. геронтол.* – 2019. – Т. 6, №2. – С. 34-39.
3. Bitar S.M., Moussa M. The risk factors for the recurrent upper gastrointestinal hemorrhage among acute peptic ulcer disease patients in Syria: A prospective cohort study // *Ann. Med. Surg.* – 2022. – Vol. 74. – P. 103252.
4. Božić D. et al. Characteristics and clinical outcomes of patients with acute gastrointestinal bleeding related to anticoagulant or antiplatelet therapy: a retrospective study // *Croat. Med. J.* – Vol. 62, №5. – P. 488-494.
5. Kamada T. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease // *J. Gastroenterol.* – 2020. – Vol. 56, №4. – P. 303-322.11
6. Tarnawski A.S., Ahluwalia A. The Critical Role of Growth Factors in Gastric Ulcer Healing: The Cellular and Molecular Mechanisms and Potential Clinical Implications // *Cells.* – 2021. – Vol. 10, №8.
7. Wijaya D., Suharjono F., Padolo E. Analysis of stress ulcer prophylaxis drug regimentation in surgical patients // *J. Basic Clin. Physiol. Pharmacol.* – 2021. – Vol. 32, №4. – P. 645-649.
8. Zhao Q., Chi T. Biopsy in emergency gastroscopy does not increase the risk of rebleeding in patients with Forrest I acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding combined with suspected malignant gastric ulcer: a multicenter retrospective cohort study // *BMC Gastroenterol.* – 2021. – Vol. 21, №1. – P. 250.
9. Kubosawa Y. et al. Changes of gastric ulcer bleeding in the metropolitan area of Japan // *Wld J. Gastroenterol.* – 2019. – Vol. 25, №42. – P. 6342-6353.14
10. Li Y., Song Y. Diagnostic Value of Serum Gastrin and Epidermal Growth Factor to the Gastric Ulcer Complicated with Upper Gastrointestinal Hemorrhage // *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* – 2020. – Vol. 30, №12. –P. 1269-1272.
11. Nian B., Wang B., Wang L., Yi L. A Cohort Study to Compare Effects between Ulcer- and Nonulcer-Related Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Appl. Bionics Biomech.* – 2022. – Vol. 2022. – P. 3342919.
12. Rau W., Hohaus C., Jessen E. A Differential Approach to Form and Site of Peptic Ulcer // *Sci. Rep.* – 2019. – Vol. 9, №1. – P. 8683.
13. Rudra D.S., Pal U., Chowdhury N. et al. Omeprazole prevents stress induced gastric ulcer by direct inhibition of MMP-2/TIMP-3 interactions // *Free Radic. Biol. Med.* – 2022. – Vol. 181. – P. 221-234.
14. Siddiqui A.H., Farooq U., Siddiqui F. Curling Ulcer. – Treasure Island (FL), 2022.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э.,
Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.

Цель: повышение эффективности диагностики острых язв желудка и прогноз риска повторного кровотечения путем изучения эндоскопических, анатомических особенностей и патоморфологических характеристик тканей в области кровоточащей язвы желудка. **Материал и методы:** под наблюдением были 298 пациентов с кровотечением из острых язв желудка, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2012-2022 гг. **Результаты:** наиболее часто рецидивы кровотечения наблюдаются при острых язвах желудка, расположенных по малой кривизне в зоне угла желудка,

по задней поверхности тела и антрального отдела желудка. Причинами данного обстоятельства являются недостаточность эндоскопической визуализации источника кровотечения из острых язв, расположенных по задней стенке кардиального отдела и тела желудка и проведения эндоскопических методов гемостаза, особенно при продолжающемся кровотечении и наличии сгустков крови в просвете желудка, а также более глубокое распространение острых язв малой кривизны желудка в подлежащие слои в связи с повышенной травматизацией. **Выводы:** при выборе объема хирургического вмешательства и эффективного способа гемостаза при кровотечении из острой язвы желудка необходимо оценивать риск кровотечения в зависимости от локализации, площади и глубины распространения язвенного дефекта.

Ключевые слова: кровотечение, Forrest, язва, эндоскопия, клипирование, перфорация.

