

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
СамМИ педиатрия факультети хирургик касалликлар курси

Қўлёзма ҳужуқига
УДК 616-002.45.08-06

Алмардонов Яхё Тўраевичнинг

Мавзу:Гастродуоденал яралардан қон кетишларни
комплекс даволаш

магистр даражасини олиш учун диссертацияси

Мутахасислиги 5А 720113-жаррохлик

Илмий рахбар: т.ф.д проф;

Абдуллаев С.А.

Самарқанд-2013 й

Мундарижа

Кириш.....	4-5-бет
Илмий ишнинг мақсади.....	6-бет
Ишнинг вазивафалари.....	6-бет
Илмий изланиш материаллари.....	6-бет
Текшириш усуллари.....	6-бет
Илмий янгилиги	7- бет
Амалий аҳамияти.....	8- бет
Амалиётга татбиқ этилиши.....	8 –бет
Илмий ишнинг тузилиши ва ҳажми.....	8-бет
I-боб. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларнинг замонавий диагностикаси ва комплекс даволаш муаммолари.....	9-бет
1.1.Муаммонинг долзарблиги.....	9-14-бет
1.2.Гастродуоденал қон оқишларда липидларнинг перекисли оксидланиши ва унинг патогенитик хусусиятлари.....	15-17-бет
1.3. Қон оқиш рецидивининг прогнози.....	17-20-бет
1.4.Ярадан қон оқишларда эндоскопик гемостаз усуллари.....	20-25 -бет
II-боб.Клиник материалнинг умумий характеристикаси ва текшириш усуллари.....	26- бет
2.1.Клиник материалга қисқача тушунча бериш.....	26-30-бет
2.2.Қулланилган текшириш усуллари.....	31-33-бет
III-боб. Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон оқишларда липидларнинг перекисли оксидланиши ҳолати.....	34- бет
3.1.Меъда ва 12 бармоқ ичак яралардан енгил қон оқишлар кузатилган беморларнинг қон зардобда липидларнинг перекисли оксидланиши кўрсаткичлари.....	35-37-бет
3.2.Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан оғир қон оқишлар бўлган беморлар қон зардобда липидларнинг перекисли оксидланиши кўрсаткичлари.....	38-41-бет
IV-боб. Меъда ва 12 бармоқли ичак яралардан қон оқишлар кузатилган беморларни хирургик даволаш натижалари.....	42-бет
4.1. Меъда ва 12 бармоқ ичак яралардан қон оқишлар кузатилган беморларни хирургик даволаш натижалари	42-48-бет
4.2. Операция қилиш усулини танлашда қўйидаги критериялари.....	48-52-бет
4.3. Клиник манзараси, диагностикаси ва даволаш усуллари.....	52-56- бет
Хотима.....	57-64-бет
Хулоса.....	65-бет
Амалий тавсиялар.....	66-бет
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	67-бет

Қисқартма сўзлар

АҚБ-артериал қон босим

АҚХ-айланадиган қон ҳажми

АОТ- антиоксидант тизим

ГЯҚО-гастродуоденал яралардан қон оқишлар

ГЯҚҚК-гастродуоденал яралардан қайта қон кетиш

ГШ-геморрагик шок

ДК диенли конъюгат

ИТД-инфузион -трансфузион даволаш

ҚОР-қон оқишнинг рецидиви

КТ-кутиш тактикаси

ЛПО-липидларнинг перекисли оксидланиши

МВБ-марказий вена босими

МДА-молонли диальдегид

ПТИ-протромбин индекси

ҚД-қандли диабет

ТВ-трункуляр ваготомия

ТФ-токоферрол

ЭГДФС-эзофагогастродуоденофиброскопия

ЭКГ-электрокардиограмма

Ю.И.К-юррак ишемик касаллиги

Кириш

Гастродуоденал яралардан қон кетишларни даволаш ҳозирги замон клиник хирургиясининг муҳим муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги сабабли содир бўладиган қон кетишлар ошқозон-ичак тизимидан қон оқишларнинг 60-80% ни ташкил этади. Яна муҳим томони шундаки, бундай беморларнинг ўлим суръати юқори бўлиб бу кўрсаткич 25-30% гача қолмокда [7,12,38].

Ҳозирги вақтда яра касаллиги билан оператив даволаш фаоллиги 10-40% ни ташкил қилади. Ваҳоланки хирургик даволашнинг натижалари ҳам жуда самарали деб бўлмайди. Айниқса кекса ёшли беморлар орасидаги ўлим 50% атрофида бўлиб, унинг пасайиши кузатилмаяпти. Клиник хирургиянинг охириги йилларда эришган эндоскопик диагностиканинг муваффақиятлари, анестезиология ва реанимациянинг эришган ютуқлари ва ярага қарши медикаментоз даволаш арсеналларининг кенгайганлиги ҳам бу касаллик билан ўлим суръатининг пасайишига олиб келмади [19,26,70,81,105].

Қайта қон оқиш кузатилганда, ваҳоланки операциядан кейинги асоратлар ва ўлим суръати бир ярим ва икки марта ошди [12,35,58,75]. Шунини таъкидлаш зарурки, ҳанузгача бундай беморларни даволашнинг аниқ бир тактикаси ишлаб чиқилмаган [1,7,13,20,43]. Эндоскопик йул билан қон оқишларни қатъиян тўхтатиш ва унинг рецидивини профилактика қилиш кўпчилик ҳолатларда оператив даволашнинг кечиктирилишига, ўлим суръатининг баланд бўлишига олиб келмокда [16,68,79]. Ана шундай эндоскопик йул билан қон оқишларни тўхтатиш гастродуоденал яралардан қон оқишнинг рецидиви суръатини қисқартирмади [76,78,104].

Беморларнинг кеч госпитализация қилиниши қон оқиш манбааларини аниқлашдаги диагностик хатолар, ноадекват ҳолда ўтказилган инфузион-трансфузион даволаш муолажалари хирургик даволаш ҳажмини нотўғри танлаш бўладиган асоратларни кеч ва тўла бўлмаган ҳолда бартараф қила олмаслик гастродуоденал яралардан ўткир қон оқишдан кейинги ўлим суръатининг баланд бўлишига асосий сабаблардан бири ҳисобланади [64,77,111].

Бундан ташқари, охирги йилларда бундай гуруҳ беморлар ичида ўрта ва кекса ёшли беморларнинг кўпайиши ва уларнинг ўткир қон оқишларга чидамлилигининг пастлиги ҳам сабаб бўлмоқда.

Умуман меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишлар билан хирургик даволашдан кейинги асоратлар ҳам 30-32% ни ташкил қилмоқда [14,46,58,97].

Шундай қилиб, адабиётлардаги маълумотларга асосланиб айтиш мумкинки, меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларни даволаш муаммолари ҳали тўла ечилмаган. Ошқозон ичак тизимидан массив қон кетганда даволашнинг самара бермаслигини муҳим сабаблари организмда ривожланадиган тизимли гипоксия орқали ҳаётий муҳим аъзолар функциясининг бузилиши ҳисобланади [6,34,78,119].

Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда липидларни перекисли оксидланиш ҳолатининг фаолланиши натижасида антиоксидант ҳимоя функцияси пасайиши фанда тасдиқланган [15,89,91,112]. Ана шуларни ҳисобга олган ҳолда биз гастродуоденал қон кетишлар билан беморларда оксидантлар ва антиоксидантлар ўзгаришини қон оқшининг хар-хил даражаларида аниқлаб, қон оқишларнинг комплекс даволаш арсеналига антиоксидантларни ва унинг ижобий таъсирини ўрганишни муҳим деб ҳисобладик.

2. Ишнинг мақсади: Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон оқишлар билан беморларда липидларнинг перекисли оксидланиш фаоллигини ва антиоксидантлар миқдорини аниқлаб, уларнинг комплекс даволаш арсеналига α -токоферол ацетатни тадбиқ қилишни патогенетик асослаш.

3. Ишнинг вазифаси:

1. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишлар ва уларнинг эрта диагностик алгоритимни ишлаб чиқиш.
2. Клинико-эндоскопик, лабаротория тахлилларига асосланиб токоферол ацетатни комплекс даволаш усулларига тадбиқ қилиш ва фаол хирургик даволашга таъсирини ўрганиш.
3. Гастродуоденал яралар қон кетишлар ҳажмига қараб қондаги липидларни перекисли оксидланиши ва антиоксидантлар миқдорини аниқлаш.
4. Клиник ва эндоскопик текширишлар натижасига асосланиб даволаш мезонларини ишлаб чиқиш.

4. Илмий изланиш материаллари:

- 1) 20 та гастродуоденал қон оқишлар билан беморларда малонли диальдегид (МДА), диенли конъюгат ва токоферол миқдорини ўрганиш.
- 2) 20 та беморга комплекс даволашга α -токоферол ацетат ва катта дозада аскорбин кислота тадбиқ қилиниб унинг натижасини ўрганиш.
- 3) 20 та анъанавий усулда даволанган беморлар билан таққослаш.

5. Текшириш усуллари:

- 1) Умумий кўрик, анамнезини яхши ўрганиш;
- 2) Умумий лабаротория тахлиллари;
- 3) Ошқозон-ичак тизимини рентгеноскопияси;
- 4) ЭГДФС;
- 5) УТТ;

6.Махсус текшириш усуллари

1.Беморлар конида малонли диальдегидни аниклаш

2) Беморлар конида диенли конюгатлар микдорини аниклаш

3) Кондаги альфа токоферолнинг концентрациясини аниклаш

Гастродуоденал яралардан қон кетиш ташхиси қуйилган беморларнинг қон зардобидида липидларнинг перекисли оксидланиши бирламчи моддаларидан диенли конюгат (ДК) ни ва иккиламчи –малонли диалдегид (МДА) нинг қон зардобидидаги микдорини В.Б.Гаврилов (2001) усулида аникланди. Организмдаги антиоксидантлар тизимидаги ёгда эрувчи антиоксидант альфа токоферол микдори А.А.Пакровский , А.А.Абрамов (2000) усулида аникланди. Текширишлар гастродуоденал қон оқишлардан кейин 1,3,7,10 суткалар давомида утказилди.

Илмий янгилик

Гастродуоденал яралардан қон оқишларда ва қон оқишнинг ҳажмига қараб биринчи марта липидларнинг перекисли оксидланиши ҳолати ва антиоксидант тизими ўрганилди.

Гастродуоденал яралардан қон оқишларда организмда юзага келадиган гипоксия ҳолатининг липидларнинг перекисли оксидланишининг фаоллиги ошиши уларнинг бирламчи маҳсулоти –малонли диальдегид ва диенли конюгатларнинг ошиши ва организмда антиоксидант тизимининг сустлашиши токоферол микдорининг пасайиши билан содир бўлиши аникланди.Гастродуоденал қон оқишлар билан беморларни даволаш комплексига антиоксидант α -токоферол ацетатни 20%-200 мг эритмаси ва Вит «С» нинг катта дозада юборилиши ўта муҳим ҳисобланади.

Ишнинг амалий ахамияти

- 1) Меъданинг ва 12 бармоқ ичакнинг сурункали яраларидан қон оқишлар диагностикасида ЭГДФС қилиш, кўрсатма билан эндоскопик гемостатик ўтказиш.
- 2) Меъда ва 12 бармоқли ичак сурункали яра касаллигини қон оқишни рецидивини аниқлашда динамик ҳолда эндоскопик текширишлар ўтказиш тавсия қилинади.
- 3) Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон оқишни комплекс даволаш арсеналига антиоксидант α -токоферрол ацетат билан вит «С» ни катта дозада юборилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади ва фаол хирургик даволашга ижобий таъсир қилади.

Ишнинг амалиётга татбики

Илмий ишнинг натижалари Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси хирургия бўлимларининг амалий ишларига ва СамМИ талабалари магистрлари, клиник ординаторлари билан ўтиладиган амалий ва маъруза машгулотларида қўлланилмоқда.

Илмий ишнинг тузилиши ва ҳажми

Диссертация MS WORD, Times New Roman, 14 шрифт, 1,5 оралик масофа билан ёзилган. Илмий лойиха кириш, матн баёни, 460б, хотима, хулоса, амалий тавсиялар, адабиётлар рўйхатидан иборат.

Матн 79 варақдан иборат бўлиб, 12-жадвал, 6-расм, 1- диаграмма, 6-гистограмма билан тасвирланган. Адабиётлар рўйхати 121 та адабиётлар манбалари бўлиб, ўзбек ва хорижий (ўзбек тилида 1та , рус тилида 99 та , инглиз тилида -21) тилларда ёзилган.

I-БОБ

Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларнинг замонавий диагностикаси ва комплекс даволаш муаммолари (адабиётлар манзараси).

1.1.Муаммонинг долзарблиги: Меъда ва 12 бармоқ ичакдан ўткир қон оқишлар узок вақтлардан бери клиник тиббиётнинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади [41,59]. Меъда ва ичак тизимидан қон оқишлар билан касалхонага келган беморларнинг ярмидан кўпроғи меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги сабабли содир бўлмоқда. Охирги 10-15 йил ичида аҳоли орасида меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталаниш суръати анча ошиб кетди ва унинг асоратлари ҳам кўпаймоқда[11,27,44,95,120].Клиник хирургиянинг охирги йилларда эришган эндоскопик диагностиканинг мувафақиятларига, анестезиология ва реанимациянинг эришган ютуқлари ва ярага қарши медикаментоз даволаш арсеналларининг кенгайганлигига қарамай бу касаллик билан ўлим суръатининг пасайишига олиб келмади.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқиш кузатилганда операциядан кейинги асоратлар ва шу оркали ўлим суръати бир ярим ва икки марта ошмоқда [17,90,108].2003 йилда Самара шаҳрида ўтказилган Умумроссия хирургларининг „Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини замонавий даволашнинг муаммолари ” мавзусидаги конференциясида таъкидлашича гастродуоденал қон оқишларда операциядан кейинги ўлим 10-14% ни ташкил қилиб,бу суръатнинг охирги йилларда пасайиши кузатилмаган. Агар биз умумий ўлимни 10-14% деб ҳисобласак,операциядан кейинги ўлим 12-35% ни ташкил қилади. Шунини алоҳида айтиш керакки,яра касаллигининг асоратидан кейинги ўлим замонавий ярага қарши даволаш ўтказилганда ҳам юқориликча қолмоқда [7,113]. Ўлим структурасининг ичида яранинг рецидив қон оқиши энг куп учрайди [9,62,88,99]. Кўпчилик муаллифларнинг[55,77] фикрича, гастродуоденал қон оқишлар билан ўз вақтида операция бўлмаган беморлар ичида ўлим кўп учрайди [2,14,55,68,77,83,92,121].

Гастродуоденал қон оқишлар билан ўлганларнинг 60-80% ни ўткир ярали гастродуоденал рецидивли қон оқишлардан кейин содир бўлди.

Ана шу ҳолатлар кўрсатадики рецидивли ярали гастродуоденал қон оқишларни ўз вақтида яхши даволаш ва профилактика қилиш ўта муҳим ҳисобланади.

Шуни таъкидлаш зарурки, ҳанузгача бундай беморларни даволашнинг аниқ бир тактикаси ишлаб чиқилмаган [68,103]. Қон оқишларни қатъиян тўхтатиш ва эндоскопик йўл билан унинг рецидивини профилактика қилиш кўпчилик ҳолатларда оператив даволашнинг кечиктирилиши ўлим суръатининг баланд бўлишига олиб келмоқда [22,35,44,79,86]. Ана шундай эндоскопик йул билан қон оқишларни тўхтатиш гастродуоденал яралардан қон оқишни рецидив суръатини қискартирмайди [57,88,95,117].

Бундай ҳолатларда ёки ўлимнинг асосий сабаблардан қон оқиш манбаларини аниқлашдаги диагностик хатолар ва ноадекват ҳолда ўтказилган инфузион-трансфузион даволаш, хирургик даволаш ҳажмини нотўғри танлаш, бўладиган асоратларини кеч ва тўла бўлмаган ҳолда даволаш. Бундан ташқари бундай гуруҳ беморлар ичида ўрта ва кекса ёшли беморларнинг кўпайиши ва уларнинг ўткир қон оқишларга чидамлилигининг пастлиги ҳам сабаб бўлмоқда. Яна шуни таъкидлаш зарурки бу гуруҳ беморларни операция қилиш муддати, ҳажми, қонни вақтинча тўхтатишда эндоскопик усулнинг муҳимлигини аниқлашда ҳам кўп ҳар-хил қарама-қарши фикрларнинг борлиги операциядан кейинги асоратларнинг кўпайишига олиб келмоқда. Қон оқишни ишончли тўхтатилмаган беморлар гуруҳида даволаш тактикаларини аниқлаш жуда қийин бўлиб, улар 40% ни ташкил қилади [43,58,81]. Бугунги кунда қон оқишларнинг рецидивини башорат қилиш ва тўғри даволаш тактикасини аниқлаш ўта муҳим ҳисобланади. Бир гуруҳ муаллифлар касалликнинг оқимини башорат қилишда гемостаз кўрсаткичлари бўйича аниқлашни таклиф қилмоқдалар [25,67]. Бошқа бир гуруҳлари эса яра дефектининг ҳолатига қараб аниқлашни таклиф қилдилар [22,54,87].

Гастродуоденал яралардан қон оқишларни даволашга жуда ккп илмий ишлар бағишланган бўлсада, ханузгача қайси қон оқишларни қайта ёки рецидив деб аташ туғрисида аниқ хулосалар йуқ.

Ваҳоланки, шундай тушунчалар аниқ бўлгандагина даволаш ишидаги кўп муаммолар ҳал бўлар эди. Қон тўхтагандан кейин трансфузион терапияни қай усулда ўтказиш туғрисида ҳам қарама-қарши фикрлар мавжуд.

Айрим муаллифлар [44,71,86] қон компонентларини куйишни камайтиришни таклиф қилсалар, бошқалари эса ҳозирги даврда ҳам қон компонентларини қўйиш ўз аҳамиятини йўқотмаганлар демоқдалар [43,67,105]. Ўтган асрнинг 80-90 йилларига келиб ошқозон ичак тизимининг юқори қисми касалликларини ўрганишда катта инқилоб юз берди ва шу касалликлар туғрисида фикирлар ўзгарди. J.R. Warren ва B.J. Marshall томонидан *Helicobacter pylori* нинг 1983 йилда кашф қилиниши дунё бўйича врачлар эътиборини тортди ва ҳозирги пайтда *H. pylori* нинг меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг патогенизида муҳим аҳамияти борлиги тасдиқланди. Бунга мисол бўлиб ҳозирги кунда 37-78% ҳолатларда пептик яралар қон оқшининг манбаи эканлиги тасдиқланган. Келтирилган маълумотларга асосан 100 000 катта ёшдаги аҳоли орасида ҳар 21-72 кишида ярадан гастродуоденал қон оқишлар учрайди ва ўлим суръати 3,1-6,4% ни ташкил килади [74,108].

Охирги ўн йил ичида медикаментоз билан даволаш усули такомиллашиши ва эндоскопик қон тўхтатиш усули кенг қўлланилишига қарамай стационарларда пептик ярадан қон оқиши сабабли ўлим 4-10% ни ташкил қилмоқда [65,88,109]. Ана шундай коникарсиз ижтимоий-демографик ўлим сабабининг асосида қари ёшдаги беморлар сонининг ошиши, йўлдош касалликларнинг кўпайиши, ва нестроид яллигланишга қарши препаратларнинг кўп ишлатилиши ётади [68,97]. Гастродуоденал қон оқишларда хирургик даволаш тактикаларини ишлаб чиқиш ўта муҳим муаммо бўлиб ҳисобланади, чунки қон оқишдан кейин ўта оғир асоратлар юзага чикмоқда [1,18,44,57,87,96,116].

Охирги йилларда гастродуоденал қон оқишлардан кейинги ўлим 4-14% [5,89,115] ни, қон оқиш давом этаётганда 19-32%ни [9,23,36,56] рецидив қон оқиш кузатилганда 30-45% ни [56,77] ташкил қилмоқда. Ёши 60 дан баланд кишиларда ҳатто 40% гача ўлим кузатилмоқда [31,62,98].

Меъда ичак тизимидан қон оқишдан кейинги асоратларнинг юқорилигига асосий сабаб беморларнинг статционарларга кеч келишидир. Бундан ташқари қон оқиш манбасини аниқлашдаги диагностик хатоликлар, инфузион-трансфузион даволашнинг туғри эмаслиги, кеч ўтказиладиган хирургик операциялар, хирургик операция нотўғри танлаш операциядан кейинги даврни яхши ўтказмаслик асоратларини яхши даволамаслик ёки кеч даволашлар ҳам асосий сабаблардан ҳисобланади [22,56,85].

Ўрта ва қари ёшли беморларда фон касалликлари сабабли аъзоларнинг функциялари бузилиши натижасида хирургик даволашнинг қийинчилиги [41,97] ярадаги ўзгаришлар ҳам операциянинг техник жихатдан қийин ўтишига сабабчи бўладилар [31,87,96,106].

Гастродуоденал яралардан қон оқишларда шундай қоникарсиз даволаш натижалари, ўлим суръатини баландлиги, бизларни мавжуд даволаш усулларини такомиллаштиришимизга, бу муаммони ҳал қилиш учун организмга умумий ва оператив даволашнинг самарадорлигига ижобий таъсир қилувчи яхши усуллар ишлаб чиқишимизга ундайди.

Қон оқишнинг башорат қилишнинг асосий критерийлари бу меъда ва 12 бармоқ ичакнинг сурункали яраси, қон кетиш оғирлиги, қон оқиш манбасининг характериға боғлиқ.

Эҳтимол қон оқишнинг рецидив бўлиши қўшимча критерийларига анамнезида рецидив қон оқиши, яранинг ўлчами -2см ва ундан катталиги, ярани меъданинг майда эгрилиги, танасида ва 12 бармоқ ичакнинг орқа деворида жойлашишидадир [33,48,92].

Ярадан қайтадан қон кетиш хавфини башорат қилиш, кейинчалик тўғри хирургик тактика ишлатиш, операция ҳажмини тўғри танлашга ёрдам беради. Айрим муаллифлар қайта қон оқиш хавфини қон айланиш кўрсаткичларига, меъда секретциясига, хеликобактериялар билан ифлосланиши боскичига, липидларнинг перекисли оксидланиши активлигига, эндоскопик ва лаборатория кўрсаткичларига асосан аниқлашни таклиф қилдилар.

Агар меъданинг антрал қисмида қанча кўп хеликобактериялар билан зарарланиш бўлса, шунча рецидив гастродуоденал қон оқишларга хавф кучли бўлади.

Гастродуоденал ярали қон оқишларда ягона диагностик ва даволаш тактикаларининг йўқлиги, ўз вақтида оптимал операция қилиш, унинг ҳажмини тўғри аниқлашда ва қониқарли натижалар олиш ололмаслигимиз сабабли бўлмоқда [7, 63, 93, 110]. Дунё бўйича яра касаллигини даволаш терапевтларнинг зиммасида. Бугун биз Ғарб мамлакатлари стандартларини ўзимизнинг соғлиқни сақлаш тизимига ўткази оламизми? Эҳтимол йўқ. Охирги йиллардаги диагностика ва даволашдаги мувафакиятларимиз, этиологик факторларга бўлган муносабат тизимининг ўзгариши унинг патогенезига туғри янгича қарашлар пайдо бўлишига қарамай яра касаллигининг суръати кўтарилиб бормоқда. Ярадан қон кетиш умуман муаммо бўлиб қолмоқда [9, 33, 118]. АҚШ да ярадан қон оқиш ҳар 100 000 аҳолига 90-103 кишига тўғри келади. Россияда охирги йилларда яра касаллиги бор беморлар сони 1,5 марта ошди. Биринчи қон оқишдан кейин қайта қон оқиш 10 йил давомида эркакларда 64-75% га, аёлларда 30-52% га ошди [17]. Ҳозирги кунда меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларда хирургик амалиётлар фаоллиги 11-50% бўлиб, шунинг кўпчилиги зудлик билан ўтказиладиган операциялар ташкил қилади [101]. Операциядан кейинги умумий ўлимлар суръати 8-64% ни ташкил қилди [15, 29, 62].

Шундай қилиб, адабиётларда келтирилган маълумотларга асосланиб, меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларда бўладиган даволаш тактикалари қуйидаги ҳолатлар билан боғлиқ эканлигини кўрсатиш мумкин.

1. Беморнинг умумий аҳволига (беморнинг ёши, йўлдош касалликлари борлиги.) [74].
2. Ярали деструкция ҳолати (унинг катта кичиклиги, пенетрация ҳолати) [100].
3. Қон оқиш оғирлиги (кўп қон юқотиши, геморрагик шок) [19].
4. Қон оқишнинг рецидиви [101].

Гастродуоденал яралардан қон оқишларнинг муҳим муаммоларидан бири спонтан ҳолатда, ёки консерватив даволашдан, ёки эндоскопик гемостаз қилингандан кейин рецидив қон оқишлардир. Амалиётда ҳозирги кунда 5-38% ҳолатларда учрамоқда [100].

Айрим муаллифлар [26] энг хавфли қон оқишининг рецидив бўлиши беморларнинг стационарга тушгандан кейин биринчи суткаси давомида кузатилганлар. Биринчи 3 соат ичида 17% , 6 соат ичида -29% ва дастлабки 12 соат ичида 42% беморларда рецидив қон оқишлар кузатилди. Масалан J.Inadomi берган маълумотда 7-8 суткадан кейин қон оқиш рецидивини эндоскопик гемостаз усулида хирургик операция қилмай тўхтатиш мумкин.

Қон оқишнинг рецидиви бериши биринчи қон йўқотиш ҳолатини чуқурлаштиради ва келгусидаги ҳолатга салбий таъсир қилиб ва операциядан кейинги ўлим 30-75% ни ташкил қилганлиги кузатилган [47,64]. Шунинг учун ҳам қон кетишнинг рецидиви хавфини ўз вақтида аниқлаш ва индивидуал даволаш тактикаларини ишлаб чиқиш муҳим муаммодир. Бу муаммони ечиш – қон оқиш рецидиви суръатини камайтиришда, даволи диагностик тактикаларни оптималлашдан иборат бўлиб, меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги билан қон оқишлардаги ўлим суръатини камайтиришга имконият туғдиради [97].

1.2.Гастродуоденал қон оқишларда липидларнинг перекисли оксидланиши ва унинг патогенетек хусусиятлари

Тиббиёт фанининг ва клиник амалиётнинг ривожланишига қарамай ярали гастродуоденал қон оқишларни даволаш XXI асирнинг муоммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Охирги 15 йил ичида меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги умумий касалликнинг таркибини ташкил қилмоқда. Масалан Россияда XX асрнинг охирида бу касаллик ҳар минг кишидан 6,5 тасида учради. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг асосий асоратлари танатагенизида ошқозон ичак тизимидан қон оқиш юзага чиқади.

Бунда умумий ўлим 5-14% ни ташкил қилмоқда оқишлардан кейин эса 35% ни ташкил қилмоқда.

Ўткир қон оқишларда асосан айланишдаги қон ҳажмининг пасайиши кузатилади. Бунинг натижасида симпатик ва эндокрин тизимда активлашиш бўлиб, қон айланиш марказлашади, периферик қон айланиш микроциркуляция бузилади, туқималарда ва аъзоларда ишемия ва гипоксия ривожланади.

Бу реакцияларнинг чуқур ва давомли этиши адаптация механизмининг бузилиши ва шок ҳолатининг юзага чиқишига олиб келади. Ўткир қон кетишларда оксидланиш жараёнининг кучайиши бўлса, антиоксидант тизимидаги « ачиш стресси» га олиб келади. Бу ўз навбатида биологик мембраналардаги митохондриялардаги нормал модда алмашинувини бузади.

Охирги йилларда клиник амалиётга липидларнинг перекисли оксидланиши реакцияларининг (ЛПО) натижалари фаол татбиқ қилинмоқда. Бунинг асосий сабаби ЛПО туқималарнинг нормал физиологик фаолиятида муҳим роль ўйнаб қолмай, балки кўп касалликларнинг патогенизида асосий вазифани бажаради. Эркин липидларнинг радикали ачиш ҳолати билан антиоксидантлар тизими (АОТ) орасидаги ўзаро мувозанатнинг бузилиши операциядан кейинги ҳар-хил асоратларнинг келиб чиқишига сабабчи бўлади.

ЛПО ва АОТ орасидаги мувозанатнинг бузилиши ҳолатига хос ўзгаришлар кўп. Хар қандай кучли жароҳатлар кўпинча ЛПО реакциясини сусайтиради, ваҳоланки манипуляциянинг перекисли оксидланишини хар-хил касалликларнинг ривожланишида звено бўлиб ҳисобланади.

Тўқималардаги гипоксия ва эркин радикални ачиш реакциясини тўхтатишда антигипоксантилар-антиоксидантларнинг ишлатилиши муҳим йўналишлардан ҳисобланади.

Кислород организм учун ЦПЭ нинг актив функционал ҳолати ва кўп бошка реакцияларнинг фаоллиги учун муҳим ҳисобланса, бир вақтнинг ўзида ундан актив хар-хил моддалар ҳосил қилса организм учун токсик модда бўлиб ҳисобланади. Кислороднинг актив шакилларига : OH^- гидроксил радикали, O_2^- – супероксид аниони, ва H_2O_2 водород перексиди киради.

Кислороднинг актив шакллари ҳамма ҳужайраларда ҳосил бўлади ва уларнинг охириги моддаси – сув ҳисобланади. Шунини айтиш зарурки реакцияга кириши натижасида кислороднинг актив химик шакллари пайдо бўлади.

Шулардан энг актив гидроксил радикали бўлиб кўп органик молекулалар билан ўзаро таъсирида бўлади. Улардан электронни тортиб олиб кейин оксидланиш реакция юзага чиқади. Ана шундай эркин радикалга окисления (ачиш) реакцияси айрим ҳолатларда асосий рол бажаради. Масалан, актив ҳўжайралари актив кислород шакллари билан бактерияларнинг ҳужайралардаги фагоцитар ҳолатини емиради.

Қолган ҳолатларда бу радикаллар органик молекулаларни емиради. Биринчи навбатда липидларни ва мембрана ҳўжайралари ўлади. Шунинг учун организмда муҳим ингибирлашнинг эффектли шакли (ПОЛ) фаолият кўрсатади.

Липидларнинг перекисли оксидланиши реакцияси эркин радикали бўлиб, организмда доимий юзага чиқади. Ана шу эркин радикалга оксидланишлар кўп молекулалар тузилишини бузадилар. Оксиллардаги айрим аминокислоталар ва оксилнинг тузилиши емиради.

Кислороднинг актив шакллари ДНК нинг таркибини бузади. Айниқса ёғ кислоталари кислороднинг актив шакллари томонидан, CH_2 – гуруҳ орқали жароҳатлайдилар.

Ана шу CH_2 – эркин радикаллар гуруҳи ёғ кислоталаридан электронни енгил ўзига олиб, липидларга айлантиради ва эркин радикалларга айланади.

Шу тариқа липидларнинг перекисли оксидланиши боскич-боскич давом этадиган реакциядир.

Липидларнинг перекисли оксидланишининг охириги махсулоти-малонлидиальдегиди ва гидро пероксид кислотаси ҳисобланади. Хужайраларни кислородга актив таъсиридан ҳимоя қилувчи ферментларига супероксид дисмутаза, каталаза ва глутатион пероксидаза киради. Бу ферментнинг энг активлиги жигарда, буйракда, буйрак усти безида бўлиб қайирда митохондрия цитохром P450 ва пероксис жойларда булади.

Супероксиддисмутаза супероксид анионларнинг пероксид водородга айлантиради.

Сад индукция буладиган фермент ҳисобланиб хўжайраларда перекисли оксидланиш активлашганда бу ферментнинг синтез бўлиши кучаяди. Пероксид водород энг актив ОН ҳосил бўлиши кучайтирса, каталаза ферменти билан емирилади.

1.3. Қон оқиш рецидивининг прогнози

Қон оқишнинг рецидиви бўлиши мумкинлиги туғрисида жуда куп прогностик критериялар мавжуд [10,27,99,81]. Ваҳоланки хирурглар орасида умумий бир фикр йўқ [69,94]. Буни аниқлашда албатта эндоскопик ва клиник белгиларга асосланиши керак. Кўпчилик ҳолатларда махсус саволномалар тузилиб, беморлар шу саволларга жавоб беришлари керак.

Шуни айтиш керакки, бунда ҳаммаси ҳам тўғри жавоб қила олмайди. Агар прогнозни аниқлаш тизимидаги 80% ижобий жавоб бўлса буни юқори кўрсаткич деб ҳисоблаш мумкин [33].

Битта олинган нотўғри жавоб ҳам прогнознинг аниқлигини бузиши ҳам мумкин. Кўпчилик олимлар [95] фикрича эндоскопик кўрсаткичлар қон йўқотиш 70% дан баланд бўлмаганда туғри аниқланади. Шу вақтнинг ўзида прогнозни аниқлашда клиник ва лаборатория кўрсаткичларни ҳаддан ташқари кўп ишлатилиши ҳам унинг аниқ бўлишини сусайтиради. Айрим муаллифлар рецидивдан олдинги синдромни аниқлаш учун ечиш критерияларини келтирмоқдалар.

Айрим муаллифлар С.В.Капралов талокни реография қилишни таклиф қилмоқдалар[53]. Рецидив хавфи юқори бўлмаса талок томирлари спазм бўлади ва гиподинамик типдаги реограмма олинади.

Бошқа муаллифлар Ю.И.Калиша,Р.Ш.Юлдашева,Г.Б.Озоралиева[52],қон оқишнинг рецидиви хавфини қон йўқотиш даражаси билан аниқлаганлар: Ярадаги гемостазнинг эндоскопик характеристикаси Forrest буйича (1987), яранинг локализацияси ва катталиги; беморнинг ёши (60 ёшдан баландлиги). Келтирилган белгиларга берилган баллар қўшилиб рецидив хавфи ҳисобланади.

Бошқа гуруҳ олимлар Ю.М.Стойко,С.Ф.Багненко [105] олимлар прогноз критерияларига қуйидаги белгиларни оладилар: Анамнезидан яра борлиги, кўп марта милена билан қайт қилиш,ҳамда коллапс ҳолатининг кузатилиши ,анамнезида оғриқнинг бел соҳасига берилиши яъни яранинг пенетрация бўлиш белгиси, гемостазда чуқур ўзгаришлар гипокоагуляция ва гиперфибринолиз бўлиши

Эндоскопик критериялари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- яра ошқозоннинг кичик эгрилигида жойлашиши 12 бармоқ ярасининг пиёзча қисмининг орқа деворида жойлашиши;
- гастроэнтероанастомоз яраси;
- меъда ва 12 бармоқ ичак ярасининг қўшма бўлиши;
- яранинг катталиги 2 см ва ундан юқорилиги.

Айрим муаллифлар рецидив қон оқишни балл тизимида аниқлашдан фойдаланмаган ҳолда, клиник белгиларига, яъни пенетрация белгисининг борлигига асосан операцияга кўрсатма қўядилар. И.И. Затевахин, А.А. Щеголев [46] лар қон оқишнинг рецидив бўлишига мутлоқ кўрсатмаси критерияларига яранинг катта бўлиши ва гемоглабин миқдорининг 50г/л дан пастлиги ва нисбий кўрсатмаларига Forest I-II А ни ҳисоблайди.

К. Chung рецидив қон оқишнинг рецидив нисбий белгиларига Forest классификацияси кўрсатмаларини қўлади.

Ю.М. Панцырев муаллифлари билан, А.М. Михалев, Е.Д. Федоров [83] қон оқиш хавфини кампютер праграммаси билан аниқлашни қўйган.

Бунда клиника-лабаратория ва эндоскопик текшириш натижалари ҳисобга олинади. Қон оқиш рецидивини визуал аниқлаш белгилари ҳозиргача адабиётларда муҳокама қилинмоқда.

Т.А. Rockal, S.H. Chan ларнинг берган маълумотларига асосан қон оқиш рецидиви яраларнинг Forrest классификацияси бўйича (F-I, F-2, F-3) ҳар хил суръатда келиб чиқиши таъкидланган.

Энг кўп қон оқиш рецидиви (90%) F-1, F-2 да кузатилганлиги учун, ана шу вариантлар қон оқишнинг асосий прогнози деб қабул қилинган.

Томирлардаги тромбнинг йўқолиши ўртача 4 кун ичида учрайди, шунинг учун қон оқиш рецидиви беморнинг стационарга тушганидан кейин 72 соат ичида пайдо бўлиш хавфи юқоридир.

Томирларда тромб борлиги аниқланган яраларда энг кўп 60-70% ҳолатларда қон оқиш хавфли бўлади. 60 ёшдан баланд ёшдаги беморларда F-2-A бўйича томирларда тромб кўрилганда 60% ҳолатларда қон оқиш рецидиви кузатилган.

В.С. Савельев [98] бўйича F-I-A, F-I-B дан 50% қон оқиш кузатилса, F-II-A, -40%, F-II-B-20%, F-III-5-7% ҳолатларда кузатилган. Аммо шуни ҳам қайид қилиш керакки тромбланиган томирларни идентификация қилишда хатто бўлиши фоизи ҳам баланд. Эндоскопик маълумотларни аниқ бўлиши учун УЗИ билан бир вақтда Doppler датчик ишлатиш зарур.

Эндоскопияда қон оқишнинг кечки шакллари аниқланганда (F-2B, F-2C, F-3) қон оқиш рецидиви 10% ҳолатларда бўлади.

Шунинг учун амалиётда аниқ гемостаз ёки унча аниқ бўлмаган гемостазлар деган тушунчалар ишлатилади[87].

Меъда ва 12 бармоқ ичакда янги қон топилмаса, ярага маҳкам ёпишган оқ рангли тромб топилса, томирларнинг кўзга кўринадиган пульсацияси аниқланмаса шундагина қон тўхташи маҳкам бўлган тушунча пайдо бўлди.

Қон оқиш манба тагида тромб, томирлар пульсацияси тромб қизил ва малла рангда бўлиб, қон уюшмиси қизил рангли, меъда ва 12 бармоқ ичакда янги ва эски қон қолдиқлари топилганда қон тўхтатиши унча маҳкам эмас деган тушунча келиш мумкин. Қон оқишнинг рецидиви профилактикасига иккита муҳим аспект киради: адекват ҳолда эндоскопик гемостаз, анъанавий медикаментоз даволаш киради. Қон оқишнинг рецидиви прогнози эндоскопик гемостазнинг ўтказилиши усулларига боғлиқ.

1.4. Ярадан қон оқишларда эндоскопик гемостаз усуллари.

Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасидан қон оқишларни эндоскоп гемостаз қилиш тўғрисида жуда кўп монография ва қўлланмалар ёзилган.

Уларнинг фойдали эффекти 80-100% [58,59] бўлиб, хирургик фаолликни ва зудлик билан қилинадиган операциялар сонини пасайтириш мумкинлиги кузатилмоқда.

Огир кўшма касалликлари бор ва ёки 60 дан баланд беморларда эндоскопик гемостаз хирургик даволашда асосий алтернатив усуллардан ҳисобланади[20]. 95% беморларда термокагуляция ёрдамида бирламчи гемостазга эришилади ва зудлик билан ўтказиладиган операциялар сонини 4,2 % гача туширади.

Ана шу усулни ишлатилганда қон оқиш рецидиви 6 дан 31,3% ни ташкил қилади [65,85]. Охирги йилларда эндоскопик гемостазни ЭГ арагонли лазер билан қилинмоқда[95].

1976 йилда N.Sochendra ва унинг шогирдлари томонидан меъданинг қон оқаётган яраси атрофида яъни шиллиқ парда остига 1,5% этоксисклерол юборганлар ва ижобий натижа олганлар.

Ана шу пайдан бошлаб даволаш эндоскопиясида склеротерапия амалиётга киритилди[3,63,78,82,92] .

Эндоскопик гемостазда энг қулай усуллардан инъекцион усул бўлиб ,қон оқишни 83-90% ҳолатларда тўхтатади ва қон оқишнинг рецидивини камайтиради.Ваҳоланки ҳозирги кунда оптимал инъекция қилинадиган моддалар ва уларнинг механизмлари охиригача ҳал қилинмаган.

Кўп олимлар алкаголни эндоскопик инъекция қилинганда яхши натижа олганлар ва бирламчи гемостаз 92-100% ни кўрсатган.Ана шу беморларда қон оқиш рецидиви 4-12 % ни ташкил қилганлар.Айрим авторлар адреналин ишлатганлар ва бирламчи гемостаз 79%-100% ни ташкил қилганлар.

Аммо адреналин инъекциясидан кейинги 6-36% беморларда рецидив кузатилган ва айрим ҳолатларда хавфли қон оқишлар бўлган. Амалиётда гемостаз учун фибрин клейи ҳам ишлатилган.

Охирги йилларда гемостаз мақсадида эндоскопик клип қуйиш ишлатилмоқда ва 85-100% қон тўхташига эришилмоқда. Клипси қўйиш самарасизлиги ва қон оқиш рецидиви 1,8-37% ни ташкил қилмоқда[63].

Бу техник жиҳатдан клипни қуйиш қийинлиги ва томирларни тўла қисмаган бўлиши мумкин.

Айрим стандарт даволаш усуллари ёрдам бермаганда,томирларни боғлаш ҳам яхши натижа берган.

Агар қон оқаётган томирлар 2 мм ва ундан катта бўлганларида механик гемостаз термик гемостазга қараганда фойдалироқ ҳисобланади.

Ана шу тўғрисида янги ишлар олиб борилмоқда.Бирламчи гемостазнинг эффектлиги 50% пасаяди қачонки массив қон йўқотиш билан шок ҳолати кузатилганда ва қон оқаётган яранинг тубида тромблашган томирлар бўлади.

Эндоскопик усулларнинг эффектлигини сусайтирадиган факторларга: яранинг малигнизацияси меъда ва 12 бармоқ ичакнинг орқа ва юқорги деворларида жойлашиши,яранинг диаметри 2 мм дан катта бўлса,Нб миқдори нинг паст кўрсаткичи ,йулдош касалликлар борлиги,48 соат давомида катта миқдорда қон қўйилганда.

Айрим авторлар P.Thon қон оқиш рецидиви ҳавфи юкори бўлганда (F-I-II-A) эндоскопик гемостаз қилингандан кейин зудлик билан операция қилганлар ва ўлим 5% дан ошмаган. Яралар орқа деворида ва 2 см дан катта бўлганларида эндоскопик гемостаз эффект бермаслигини билган ҳолда зудлик билан операция қилиши зарур. Ваҳоланки гемостазга эришишнинг янги усулларида бири рентгеноэндоваскуляр усул ҳисобланади [38,49].

Бир қанча авторлар В.Ф.Зубрицкий,М.Д.Ханевич,Н.И.Лебедев [49] 15 беморда қуёш чигалини суперселектив катетерлаш катетеризация қилганлар ва ўн икки бармоқ ичакнинг қон оқаётган яраларида фармакодинамик окклюзия қилган. Бунда меъда чамбар ичак артериясига норадреналин юборган ва яхши натижа олганлар.

Б.С Брискин[21] меъда секрециясини стиламин билан тормозлаб ва меъдадаги кислотали муҳитни 7-7,5% га туширган ва қон оқиш жадаллиги пасайган.

Шундай қилиб адабиётларида келтирилган фикрларга асосланиб айтиш мумкинки меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигидаги қон оқишларда эндоскопик гемостаз эффективли усул ҳисобланади, ваҳоланки қон оқиш рецидиви бу ҳолатда кам учраши мумкин?

Гастродуоденал яралардан қон оқишларни даволаш тактикалари гастроэнтерологиянинг муҳим муаоммоларидан ҳисобланади[6,7,8,41,48,52,54,71,73].

Фаол хирургик тактикаларини қўлайдиган хирурглар кўп қон йўқотган беморларни қон фаол кетаётган вақтда операция қилишни таклиф қиладилар[31,91].

Кўпчилик муаллифлар А.Митова,И.Виакши,Н.Ярумов[75] нинг фикрича қон оқиш давом этаётганда операция қилинганда ундан кейинги ўлим 12,7-60% ни ташкил қилса, кечиктирилган ва режали ўтказилган операциялардан кейинги ўлим 8-10 марта паст (0,5-2,8%) [88].

Фаол операция қилиш тарафдорлари ярадан қон кетиш рецидивининг хавфи баландлиги ,кеч операциялардан кейин ўлим суръати юқорилиги ва жигарда ,буйракларда миокардда гипоксик ўзгаришлар ривожлангунча операция қилиш ижобий натижалар беради деб тушунтирадилар.Фаол кузатиш тактикасининг тарафдорлари қон оқишларда гемостатик даволаш билан қонни тўхтатиш мумкинлиги ва режали операциялар қилинганда бемор ҳаётига хавф кам бўлиб,якши самара беради.

Агар консерватив даволаш билан қон оқиш тўхтамаса ва қон оқиш рецидиви юзага чиқса ,операциянинг қон оқишнинг энг юксак даврида ҳам қилиш тавсия қилинади [11].Охирги йилларда меъда ичак тизимидан қон оқишлар билан шуғулланадиган кўпчилик хирурглар фаол интенсив даволаш эндоскопик гемостаз қилиш,қон оқишнинг рецидивини прогноз қилиш ва уни профилактика қилиш учун эрта операция қилиш тактикаларини қўлламоқдалар[2,32,39].

Ҳозирги эндоскопик гемостаз усулининг натижалари якши самарадорлигини ҳисобга олган ҳолда кўпчилик муаллифлар ярадан қон оқишларларда эндоскопик даволаш тактикаларни қўлламоқдалар. Операция қилишга кўрсатма бўлиб,эндоскопик усулда қонни тўхтатиш иложи бўлмаса,қон оқишнинг рецидиви ёки унинг юзага чиқиши хавфи юқори бўлганда . Нв миқдорининг пасайишида, қон қўйиш ҳам якши эффект бермаганда қилинади.Шунинг учун ҳам Америка ва Ингилиз хирурглари операцияни эндоскопик усулда қон тўхтатиш эффект бермагандагина қилмоқдалар,улардаги хирургия фаоллик 15-18% ни ва операциядан кейинги ўлим 20-25% ни ташкил қилмоқда.

Қон оқишнинг энг баланд даражасида ва қон оқишнинг рецидиви вақтида Германия хирурглари томонидан ўтказиладиган операциялардан кейинги ўлим 12-14% ни ташкил қилмоқда.

Франция хирурглари ярадан қон оқишларда ўтказиладиган операцияларга абсолют кўрсатма бўлиб қон оқишнинг давом этиши, эндоскопик гемостаз усуллариининг самара бермаслиги, қон оқишнинг рецидиви қайта қон оқиш хавфининг юқорилиги мутлоқ кўрсатма деб ҳисоблайдилар.

Ана шу тактика операциядан кейинги ўлим суръатини 7% гача пасайтирди. Италия клиникаларида дуоденал яралардан қон оққанда 91% ,меъда яраларидан қон оққанда 84,6% ,беморларда консерватив даволашда албатда эндоскопик усулни қўллайдилар ва операциядан кейинги ўлим 35,2% .

Ана шундай қон оқишнинг баланд даврида операция қилишга хирургларнинг унча шошилмаслиги организмда ўткир қон оқиш натижасида чуқур ўзгаришлар ривожланиши ва операциядан кейин ҳархил асоратларнинг юзага чиқиши хавфидир. Статистика маълумотлар кўрсатадики ярадан қон оқишлар билан операциядан кейинги ўлимнинг асосий сабабларидан: қон оқиш ва постгеморагик анемия -30% ни ва 40% ни ҳолатларда бошқа ҳар хил асоратларнинг юзага чиқишидандир [40,64]. Кутиш тактикаси –бу консерватив усулда қон оқишни тўхтатиш ва операцияга қон оқиш тўхтагандан кейин қилишдир.Ярадан қон оқишларда операция ҳажмини танлаш катта амалий аҳамиятга эга.

Бунда қуйидаги мақсадлар амалга оширилиши шарт: қон оқишнинг узок давом этмаслиги асосий касалликни радикал даволаш,қон оқиш мутлоқ тўхтатилиши зарур. Ана шундай операция ҳажмини тўғри танлаш операциядан кейинги ўлим суръатини камайишига олиб келади[38,64] .

Ўтган асрнинг 50-йиллардан бошлаб меъдани резекция қилиш фаол пропаганда қилинмаганда ва ҳозирги даврда ҳам тарафдорлари кўп [1,12,14,34,37,51,72,75].

Охирги йилларда меъдани Ру усулда резекция қилиш тарафдорлари кўпаймоқда[86].

Меъдани резекция қилиш бу қон оқишни мутлоқ тўхтатиш,ярадан қон оқиш рецидивининг пасайишини таъминлайди.

Аммо унинг етишмовчилиги ҳам мавжуд бўлиб операциянинг узок давом этиши, жароҳатлилиги, 12 бармоқ ичак чултоғи чокларининг ситилиши хавфи ,операциядан кейинги ўлим хавфини юкорилиги 20-25% ,қон оқишнинг баланд даврида ва қон оқиш рецидивида 50% гача ўлим бўлишидир .

12 бармоқ ичакнинг асоратланган яраларида органни сақлаш операцияси ваготомия бажарилиши билан энг радикал операция ҳисобланади [38,63].

12 бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг қон оқиши асоратида ҳозирги кунда ваготомиянинг ягона критерияси ишлаб чиқилган. Унинг қайси усулда қилинишини танлашда яранинг локализациясига, беморнинг ёшига ва хирургнинг квалификациясига боғлиқ.

Ваготомиядан кейин ўлим 10-11% ни ташкил қилса, яра кратерида радикал оператция қилишгандан кейинги яхши натижалар 80% ни ташкил қилмоқда [30,70].

Турункуляр ваготомия дренаж ҳолатида қилинадиган операциялар бўлиб қон айланишнинг юқори даражасида бу мажбурий ҳисобланиб беморнинг ёшига боғлиқ [28]. Паллиатив операциялар (ярани кесиб олиш, уни тикиш) бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун ўтказиладиган мажбуран қилинадиган операциялар ҳисобланиб қон оқиш манбасини бартараф қилиш, гемостазни ташкил қилишдан иборат.

Бу операциялар ёши улуг , қарияларда , юрак қон томир ва нафас олиш системасининг оғир йўлдош касалликларида ва массив қон йўқотишларда қилинади ярани тикишдан кейинги ўлим худди меъданинг резекция қилингандан кейинги ўлимга тенглашади (22%) ва 20-27% ҳолатларда қайтадан қон оқиш кузатилди [117]. Гастродуоденал қон оқишлар билан хирургик даволангандан кейин 30-32% ҳолатларда ҳам асоратлар беради [13,18,37,62,66,80]. Шундай қилиб адабиётлар маълумотларини синчиклаб таҳлил қилинганда , гастродуоденал қон оқишларни даволашнинг кўп жихатлари ҳали хал қилинмаган. Қандай хирургик тактика ишлатиш ҳам энг чигал масалалардан биридир.

II-БОБ

Клиник материалнинг умумий характеристикаси ва текшириш усуллари.

2.1 Клиник материалга кискача тушунча бериш.

Бизнинг илмий ишларимиз бўйича ўз кузатувларимизни Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия ва реанимация бўлимларида меъда ва 12 бармоқли ичак сурункали яраси ва улардан қон оқиш асорати билан 2009-2011 йилларда даволанган 60 та 16-70 ёшгача бўлган беморлар устида олиб бордик Келтирилган (№1) жадвалдан кўриниб турибдики яра касаллигининг қон кетиш асорати энг ишга лаёқатли гурухлар орасида 21-60 ёшгача бўлган беморларда кўпроқ учради.

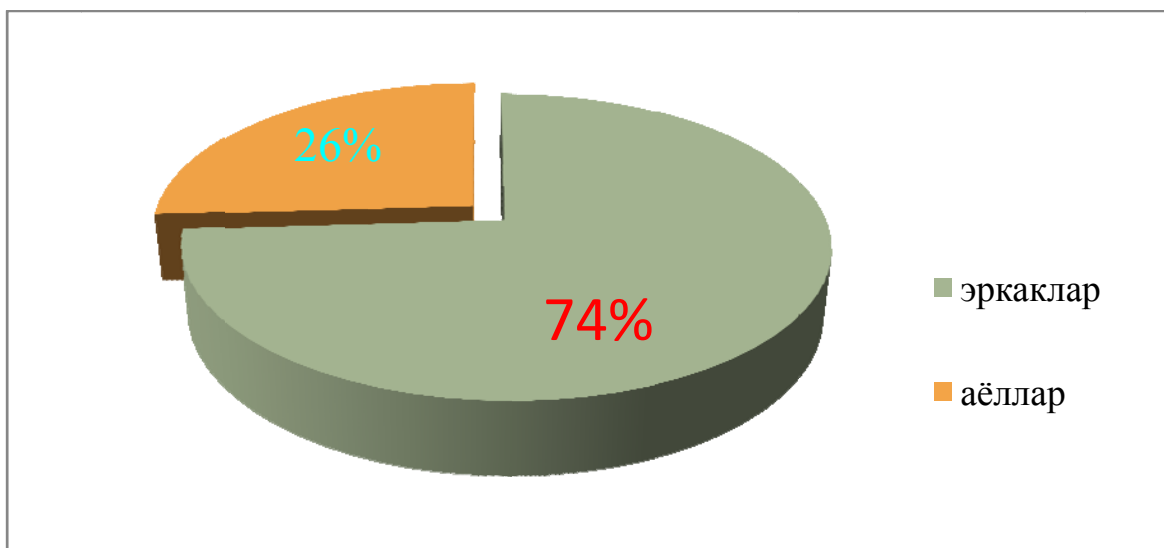
Беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши.

Жадвал №1

Беморлар гурухи	Беморларнинг ёши				
	16-20	21-40	41-60	61 -70 дан юқори	Беморлар сони
Асосий гурух №40	5 (8.33%)	25 (41.67%)	8 (13.33%)	2 (3.33%)	40 (66.66%)
Такослаш гурухи №20	2 (3.33%)	10 (16.67%)	5 (8.33%)	3 (5%)	20 (33.33%)
жами 60	7 (11.67%)	35 (58.33)	13 (21.67%)	5 (8.33%)	60 (100%)

Диаграммада маълумки ҳамма беморларнинг 74% ни эркаклар ва 26% ни аёллар ташкил қилади. Қон оқиш асорати асосан эркакларда бўлиб, эркаклар кўпроқ жисмоний меҳнат билан шуғулланиши билан боғлиқ. Анамнезининг энг муҳим факторларидан бири, бу қон оқиш ҳолатларнинг кузатилишидир. Айрим беморларда бир мартадан икки ва кўп мартаба такрорланиши ҳолати аниқланди (диаграмма №1).

Диаграмма №1.



Беморларнинг анамнезидан қон оқишнинг сони жихатидан бўлиниши (жадвал №2).

Жадвал: № 2

Қон оқишнинг сони	Беморлар сони	
	Мутлоқ сони	%
Бир марта	38	63.33
Икки марта	15	25
Уч марта	5	8.33
Кўп марта	2	3.33
Жами	60	100

Қон оқиш ҳолсизлик кўринишида –(89%) беморда, беморда ахлатнинг дегетсимон бўлиши –(85%), бош айланиши-(62%), кофе куйкаси қайт қилиш(48%), кахексик ҳолат(52%), аниқ қон қайт қилиш (3%) беморларда кузатилди.

Ярадан қон оқиш асорати асосан 3-12 йил анамнезида яра бўлган беморларни ташкил қилиб 47.4% ни, яра касаллигининг объектив ва субъектив белгилари бўлмаган беморда эса 32% ни, биринчи марта қон оққанлиги 20.6% беморда аниқланди.

Беморларнинг кўпчилигида 62% эпигастирал соҳада оғриқ, зарда кайнаш, кўнгил айланиш ва хар-хил диспептик ҳолатлар кузатилган ва улар 10-20 йил давом этган.

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики ярадан қон оққан беморларнинг 33 тасида (йўлдош касалликлар) аниқланди. Юракнинг ишемик касаллиги -20, Ю.И.К ва гипертензия касаллиги-6, Ю.И.К ва жигар циррози-3 ва қандли диабет касаллиги 4 беморда аниқланди. Шулардан 9 беморда 2 хил йўлдош касаллиги борлиги аниқланди (жадвал №3).

Гастродуоденал яралардан қон оқишлар бўлган беморларнинг йўлдош касалликларига қараб бўлиниши

Жадвал: №3

Қўшма касалликлар	мутлоқ	%
Ю.И.К	20	33.33
Ю.И.К+Гипертония касаллиги	6	10
Ю.И.К+жигар циррози	3	5
Қандли диабет	4	6.66
Қўшма касаллиги йуқ	27	45
Жами	60	100

Қон оқишнинг оғирлиги даражаси А,И Горбашко усули бўйича аниқланди. Қон оқишнинг енгил даражаси $-(64,5\%)$,ўртача оғирлик даражаси- (27%) , ва оғир даражаси $8,5\%$ беморда аниқланган.

Беморларда стационарларга тушганлардан 23% ҳолатларда шок ҳолат кузатилган (жадвал №4).

Беморларнинг геморрагик шок ҳолати бўйича таксимланиши.

Жадвал: № 4

Оғирлик даражаси	Беморлар сони	
	Абс	%
Шок кўриниши бўлмаган	40	66.66
I даражали шок	10	16.66
II даражали шок	8	13.33
III даражали шок	2	3.33
жами	60	100

Келтирилган жадвалдан маълумки I- даражали шок-10 та,II- даражали шок-8 та,III-даражали шок 2 та беморда кузатилган.

Дуоденал ярадан қон кетиш- 90.9% , меъдада жойлашган ярадан -8.2% ва қўшма ярадан қон оқиш $-0,9\%$ беморларда учради (жадвал №5).

Жадвал№5

Беморлар гурухи	Яранинг жойлашган ўрнига кўра			
	12 бармоқ ичак	Ошқазон	Қўшма яралар	жами
Асосий гурух n-40	25(41.67%)	12(20%)	3 (5%)	40 (66.67%)
Таққослаш гурухи n-20	12(20%)	6(10%)	2(3.33%)	20 (33.33%)
Жами n-60	37(61.67%)	18(30%)	5(8.33%)	60 (100%)

Биз кузатувларимизда яралинг диаметри 0.5 см гача 17 та (28.33%) беморда, 1 см гача 27 та (45%) беморда, 2 см гача 5 та (8.33%) беморда, 2 см дан катта 3 та (5%) беморда учради. 4 та (6.67%) беморларда яралар бир нечта бўлиб хар хил катталиқда эканлиги аниқланди.

Бирламчи эндоскопия қилинганда 4 та (6.67%) беморларда яралинг катталигини аниқлаш имкони бўлмади, чунки меъдада қон ва тромб ярани ёпиб турган.

Текширишлар пайтида аниқландики кўпчилик ҳолатларда қон оқаётган яралар 12 бармоқ ичакнинг олдинги деворида 31,3% жойлашганлиги аниқланди. Стационарга тушган беморларнинг 89% да қон оқиш бўлиб ўтганлиги ва 11% беморлар қон оқиш давом этаётганлиги аниқланди. Стационарга тушган беморлар хар хил муддатларда операция бўлганлар (жадвал №7).

Беморларнинг бажарилган операция хиллари бўйича таксимланиши

Жадвал: № 7

Операция хили	Беморлар сони		ўлим кўрсаткичи	
	Абс	%	Абс	%
Паллиатив операциялар (ярани тикиш)	7	33,33	1	13
Аъзоларни сақлаш ва ваготомия	4	19	1	25
Меъдани Билрот II усулида резекция қилиш	8	38	1	12
Меъдани Билрот I усулида резекция қилиш	2	10	1	50
жами	21	100	4	100

2.2 Кулланилган текшириш усуллари.

Стационарларга тушган беморларни комплекс ҳолда текшириш ўтказилди: Анамнез йиғиш, беморнинг шикоятларнинг тинглаш ва объектив кўрик. Қоннинг клинико-биохимик таҳлиллари, коагулограмма, қон гуруҳини ва Rh факторини аниқлаш, қондаги қанд миқдорини аниқлаш, қон тўхтатиш даражасини аниқлаш, ЭГДФС, кўкрак ва қорин бўшлиқ манзаравий рентгеноскопияси, ЭКГ, қўшимча мутахасислар билан маслаҳат қилиш.

Қоннинг умумий таҳлили, қондаги Hb миқдорини аниқлаш, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар сонини аниқлаш, Ht кўрсаткичини, қон йўқотиш оғирлиги даражасини ва постгеморрагик анемия даражасини аниқлашда муҳим ҳисобланади.

Қоннинг биохимик таҳлилларида қондаги глюкоза миқдорини, умумий оксил сатҳи, билирубин миқдори, АсТ, АлТ, мочевино ва креатинин миқдорлари аниқланди.

Қоннинг уюшувчанлиги ҳолатини коагулограмма кўрсаткичлари билан аниқланади: қон зардобининг гепаринга толерантлиги, ПТИ, фибриноген фаолликлари аниқланади.

Биз ўз кузатувларимизда зудлик билан қон йўқотиш даражасини аниқлаш зарур бўлганда Альговер усулидан фойдаландик. $K = \frac{A}{\Pi} = 0,5$.

А.И.Горбашко (1982 йил) қон йукотишларни енгил, ўртача ва оғир даражаларига бўлган. Бу усулнинг асосини клиник текширишлар натижалари (бемор хушининг ҳолати, юрак уриши сони, қон босими, тери копламаси ранги) лабаратория кўрсаткичлари (гемоглабин ва гемотакрит миқдори, эритроцитларнинг глобуляр ҳажми миқдори).

П.Г.Брюсов куйидагича қон йўқотиш даражасини аниқлашни таклиф қилган.

I.Енгил-айланадиган қон ҳажми(АҚХ) 10-20% дефецит шок йўқ.

II.Ўртача- АҚХ 21-30%,гиповолемия узок давом этса шок ривожланади

III.Оғир даражаси- АҚХ 31-40% албатта шок ривожланади

IV.Ўта оғир даражаси-АҚХ 40% дан баланд,шок,терминал ҳолат .

Қон оқиш борлиги ва геморрагик шокнинг оғирлиги даражасини

Г.А.Рябова

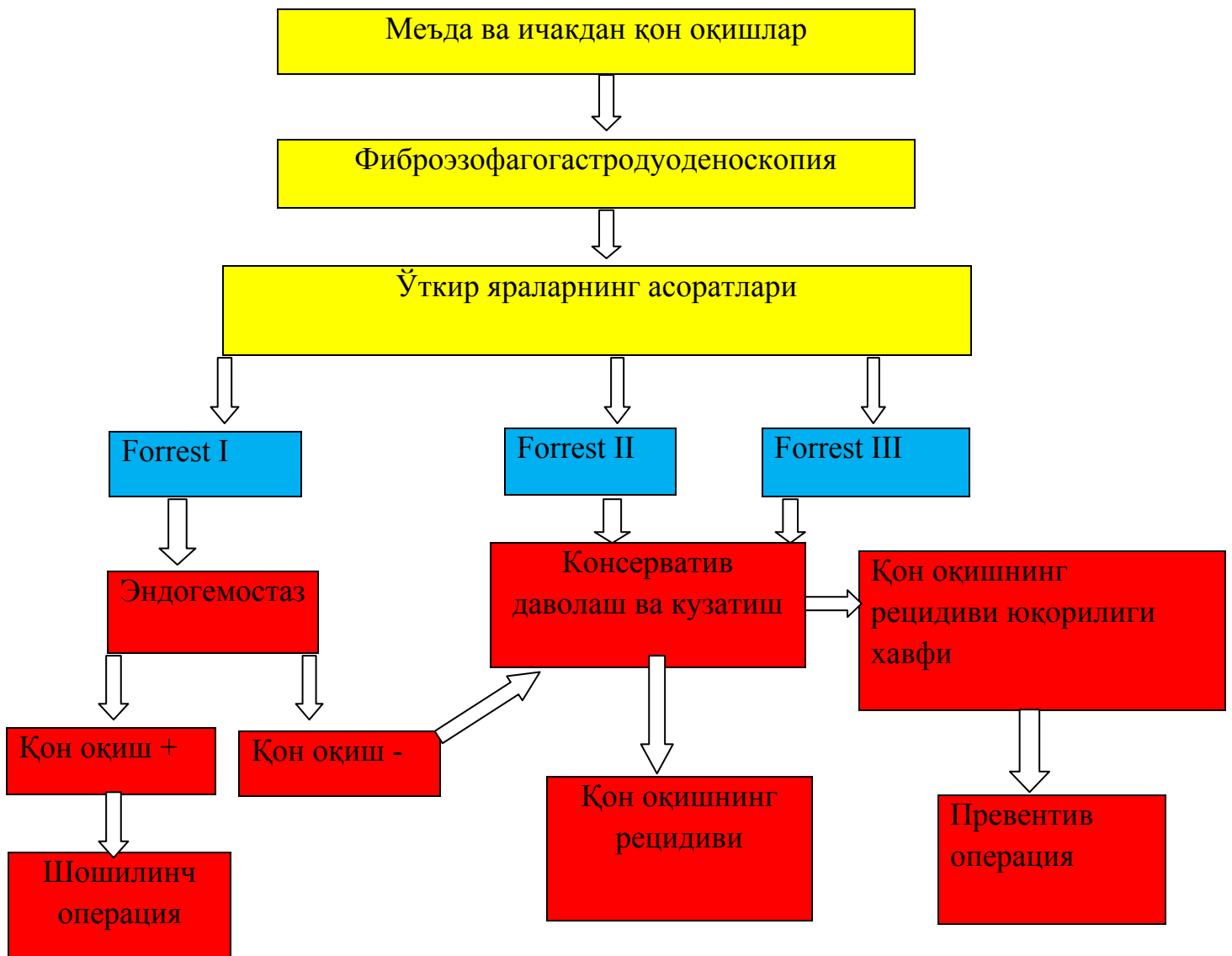
(1979) усулида таснифлаш:

I ст. шок —енгил тахикардия,гипотония енгил аниқланади ёки йўқ ,марказий вена босими —енгил пасайган,енгил хансираш,қўл-оёқларда совқотиш,қон йўқотиш 15-20% (750-1200 мл) .

II ст.шок-тахикардия(120-140 марта тезлик) пульс босими паст,(систолик босим 100 мм рт,ст паст), МВБ (марказий вена босими) пасайган,оқариш,цианоз,совуқ тер қоплаган,олигоурия,қон йўқотиш 25-45% (750-1200 мл) .

III ст.шок-гипотония(систолик босим 60 мм сим уст дан паст),тахикардия (140 марта бир минутда),хуши аниқланмайди,ёки чуқур карахтлик ,анурия қон йўқотиш 45% дан кўп (2000 мл дан кўп).

Рентгенологик усул: Ярадан қон кетиш билан беморларни кечиктириб операция тайёрлашда муҳим усул хисобланади. Беморларнинг ахволи стабил бўлганларида кўкрак қафаси рентгеноскопияси қилинади.Юрак ва ўпка тизими паст баҳоланади. Агар ахволи оғир бўлса,унинг ахволи бироз стабил ҳолатга келгандан кейин ўтказилади.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларнинг даволаш –диагностик алгоритми

III- БОБ

Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон оқишларда липидларнинг перекисли оксидланиши ҳолати.

Липидларнинг перекисли оксидланиши (ПОЛ) ҳолати 21 ёшдан 70 ёшгача бўлган 20 та беморда ўрганилган. Барча беморлар қон оқиш оғирлигига кўра икки гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳга меъда ва 12 бармоқ ичак ярасидан қон оқишнинг енгил даражаси кузатилган (600 мл) гача қон оқиш бўлган 10 та беморда аниқланди.

Иккинчи гуруҳга меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан оғир қон оқишлар билан шок ҳолати кузатилган 10 та бемор кириб, уларда 650-1200 мл гача қон йўқотиш аниқланди. Текшириш динамикада ўтказилди: Липидларнинг перекисли оксидланиши даражаси касалхонага тушган 1,3,7,10 кунлари аниқланган. Гипоксия липидларнинг перекисли оксидланишининг фаоллашувини бошловчи механизми ҳисобланади, шу билан бир вақтда органларда функционал ўзгаришлар чакиради. Асосан, жигар ферментлари фаоллиги ошиши кузатилади.

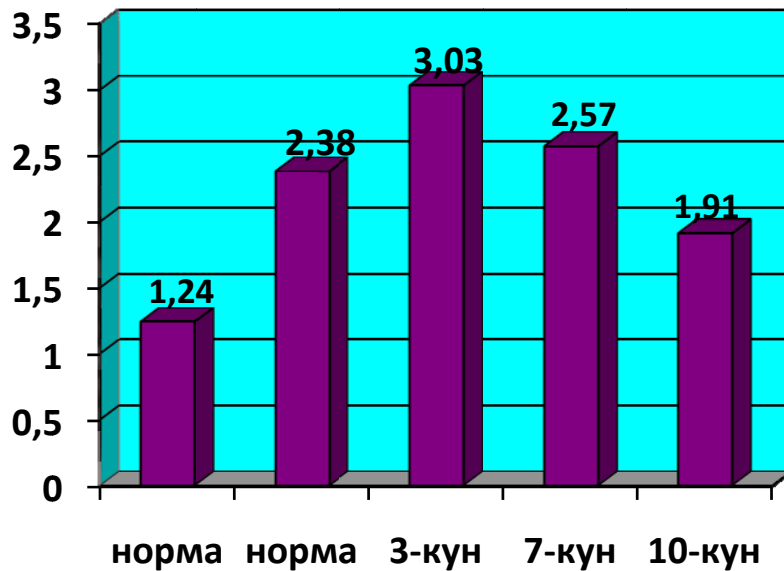
Текшириш натижалари шуни кўрсатадики, қон оқишнинг енгил ва оғир даражасидаги липидларнинг перекисли оксидланиши жараёнининг фаоллашуви аниқланди.

**Меъда ва 12 бармоқ ичак яралардан енгил қон оқишлар кузатилган
беморлар қон зардобиди липидларнинг перекисли оксидланиши
кўрсаткичлари(жадвал №8).**

Жадвал №8

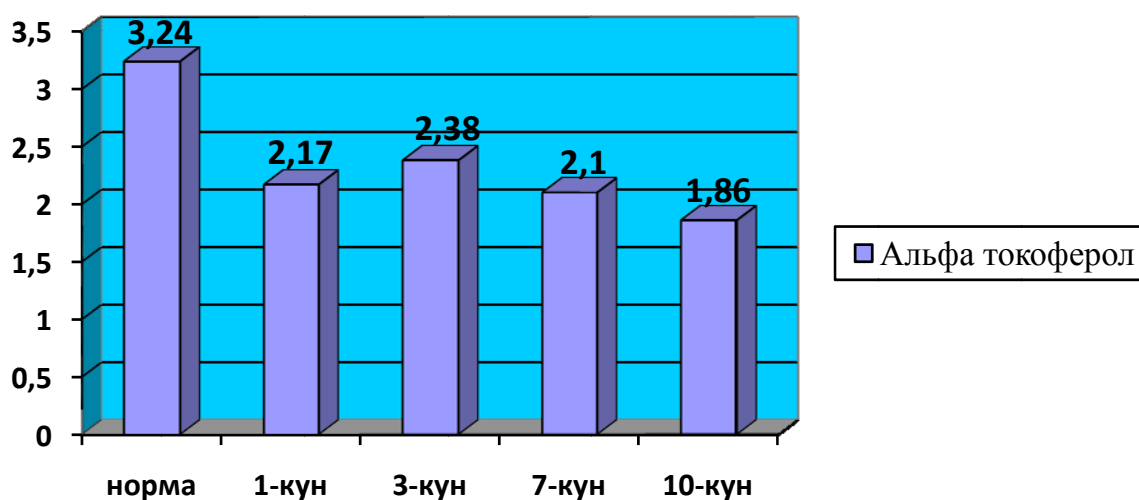
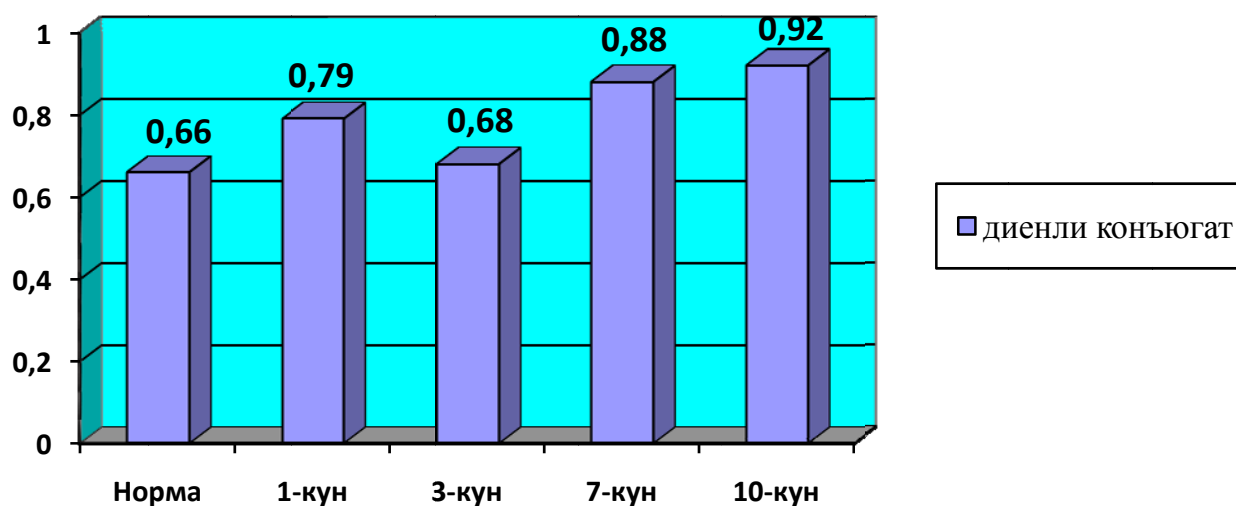
Кўрсаткичлар	Норма	Текшириш муддати			
		1	3	7	10
Диенли конъюгатлар (ДК)	0,66+0, 05	0,79+0, 09	0,68+0,0 33	0,881+0, 09	0,92+0, 109
Малонлидиальдегид (МДА)	1.04 ±0.07	2.38+0, 22	3,03+0,3 3	2.57+0,3 09	1.91+0. 27
Альфа токоферол (ТФ)	3,24±0, 15	2,17±0, 16	2,38±0,2 4	2,10+0,1 5	1.86+0, 23

**Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан енгил қон оқишлари бўлган
беморларда малонли диальдегидлар фаоллигини ўзгартириш**



Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларда беморлар қон зардобиди малонли диальдегиднинг миқдори 1 кундан сўнг ошган, 3 чи куни максимал миқдори (2.91 марта) аниқланди. Кейинги кунларда унинг даражаси пасайди, лекин нормадан юқори бўлиб турди. 7 чи куни (2,47 марта) 10чи куни (1,83 марта) кўплиги аниқланади.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яралардан енгил қон оқишлар кўзатишган
беморларда диенли конъюгатлар фаоллигини ўзгариши



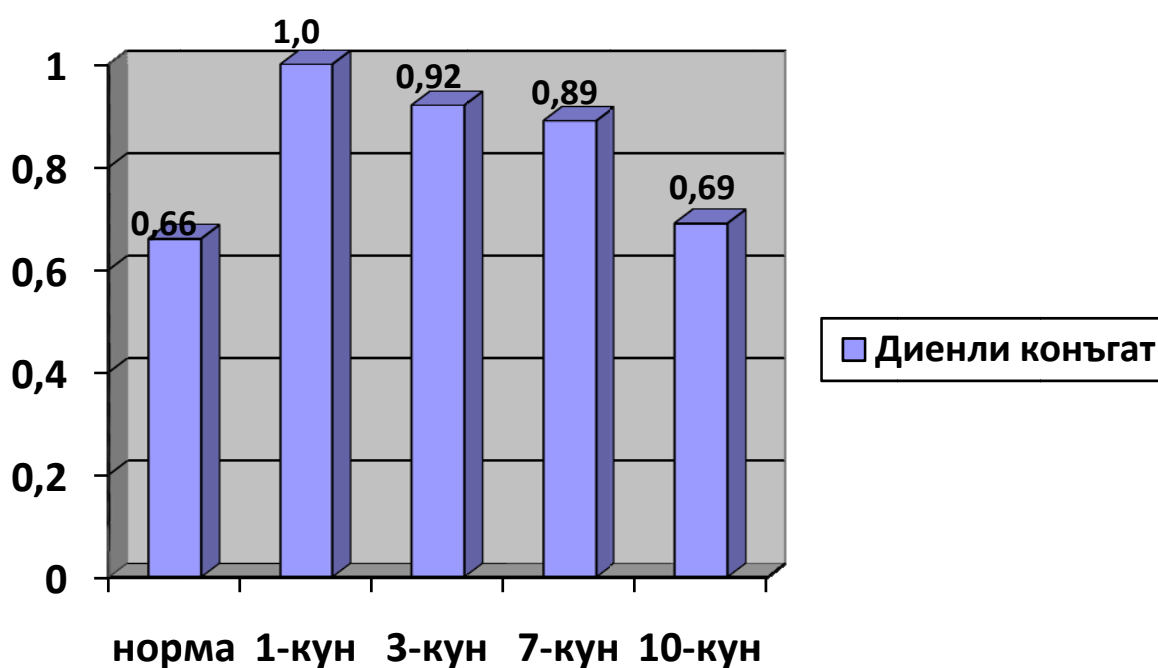
Шу пайитларда хўжайраларнинг ёгда эрувчи ТФ антиоксиданти барча кунлардаги текширувларда миқдори камайиши аниқланди. Беморлар стационарга тушган куни 1,49 марта, 3- куни 1,36 марта, 7-куни 1,54 марта, 10 куни 1,74 марта камайиши аниқланди.

**Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан огир кон окишлар
булган беморлар қони зардобиди липидларнинг перекисли
оксидланиш даражаси(жадвал №8).**

Жадвал №9

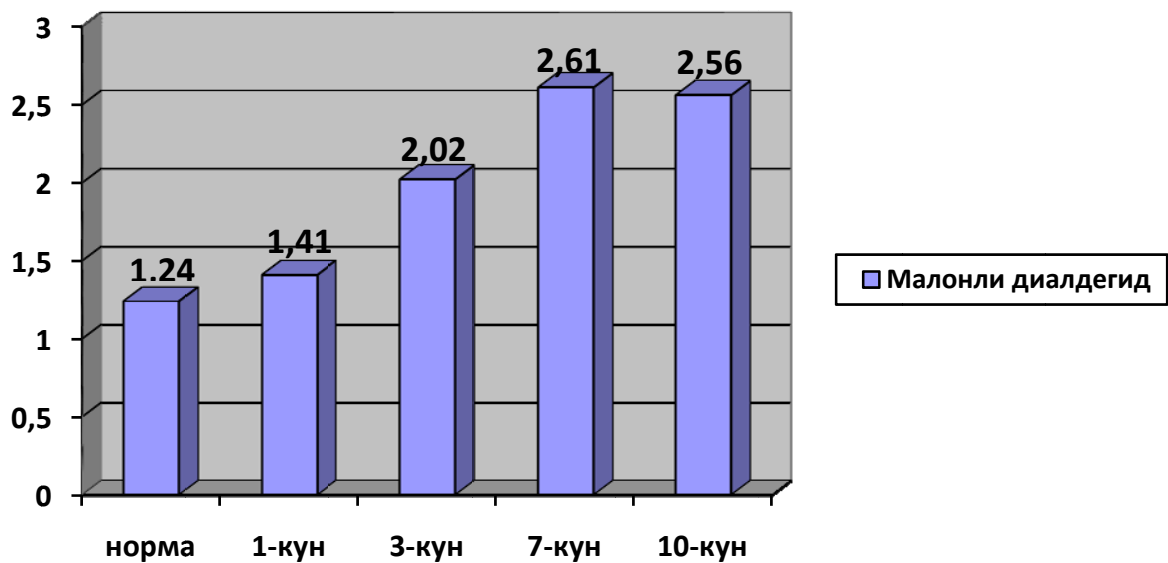
Кўрсаткичлар	Норма	Текшириш муддати			
		1	3	7	10
Малонли диальдегид	1,07±0,07	1,41±0,271	20,23±0,45	2,61±0,43	2,56±0,05
Диенли конъюгатлар	0,66±0,05	1,0±0,152	0,921±0,044	0,89±0,175	0,69±0,087
Алфа- токоферол	1.04	5,68±0,83	1,24	0,6±6,3	0,5±0,23

ДК миқдори тушган куни 1,7 марта, 1-куни эса 1,4 марта ошган эди. Кейинги кунларда ДК миқдори нормага тушди.



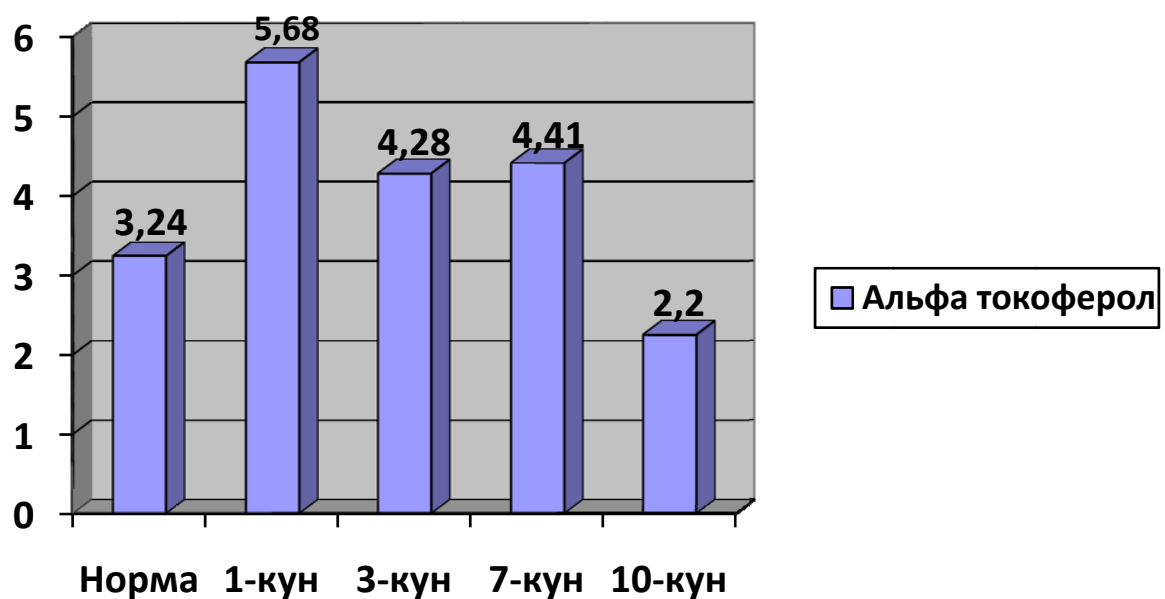
МДА миқдори кон окишлардан 1 кундан сўнг 1,8 марта, 7 чи куни 2,1 марта гача ошган, 10 кунга бориб нормаллашган.

Бу гуруҳдаги беморларда эндоген антиоксидант системанинг мобилизацияси кузатилди.



Меъда ва 12 бармоқ ичаклардан огир қон оқиш кузатилган беморларда алфа токоферол фаоллигининг ўзгариши

Бу эса ТФ нинг тушган пайти 1,8 марта, 3 чи куни 1,4 марта, қон оқишлардан кейин бир hafta ўтгач ТФ миқдори бирдан камайди ва чиқаришдан олдин нормага нисбатан 2 марта камайди.



Икки гурух натижаларини таккослаш билан аниқландики, иккинчи гурухдаги беморларда ДК нинг ошиши биринчи гурухга нисбатан эртароқ ва даражаси юқориоқ бўлади. Бирок иккинчи гурухдаги беморларда охириги текширишларда ДК нинг миқдори нормаллашган, биринчи гурухдаги беморларда эса иккинчи гурухдагига нисбатан 1,4 баробар баланд бўлади. МДА нинг ошиши икала гурухда ҳам бир хил булади.

Антиоксидант системадаги ўзгаришлар бу гурухларда қарама-қарши характерда бўлди. Иккинчи гурухдаги беморларда ТФ нинг ўзгариши 3 кунгача, биринчи гурухдаги беморларда ТФ барча кунлардаги текширишларда пасайганлиги аниқланди. Иккинчи гурухдаги беморларда бундай ўзгаришлар липидларнинг перекисли оксидланишининг (ДК) кучайиши билан боғлиқдир, шу билан бир вақтда антиоксидант системанинг фаоллиги ошиши юз беради, бу эса деподан антиоксидантларнинг чиқиши билан боғлиқ.

Биринчи гурухдаги беморларда қон оқидан кейинги эрта даврда ДК нинг миқдори ошмаганлиги, ТФ нинг пасайиши аниқланган. Шунини айтиш мумкинки, бундай ҳолатларда ҳўжайра ичи антиоксиданти ТФ липидлар перекисли оксидланиши (МДА) ни ингибирлашга тўлиқ етади. Иккинчи гурухда эса ДК ва МДА миқдори кўпайганда ТФ миқдори уларни камайтириш учун етмайди, бу эса антиоксидант системанинг мобилизациясига сабаб бўлади. Шунини такидлаб ўтиш керакки, биринчи гурухдаги беморларда ДК нинг 7 ва 10 кунда кўпайиши билан кузатилади. Қон зардобиддаги ферментлар фаоллиги иккинчи гурухдаги беморларда яққол ривожланган.

Қон оқиш натижасида бўлган гипоксия чуқурроқ бўлган ва барча текширувларда гипоксия сақланганлиги аниқланди. Эркин радикалли оксидланиш, антиоксидант система, кислород гомеостази, қон фермент спектрининг турғун ва яққол бузилиши гипоксияни чақирувчи сабабни-йўқотишни тақозо қилади. Лекин бу чора тадбирлар ўз-ўзидан биологик химояга қарши жараёнга таъсир қила олмайди, чунки бунда антиоксидантлар миқдори кескин камайган бўлади.

Шунинг учун меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишлар кузатилган беморларни комплекс даволаш учун антиоксидантлар киритилиши лозим. Липидларнинг перекисли оксидланиши кечадиган мембрана тузилмаларида вит Е стабилловчи роль ўйнайди.

Олинган маълумотларга таяниб меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан қон оқишлар кузатилган 20 та беморда медикаментоз терапия комплексида антиоксидант α -токоферрол 20%-200 мг + аскорбин кислота 5%-12 мл дозада в/и қўйилди. Витамин Е (α -токоферол) табиатда энг кенг тарқалган антиоксидант бўлиб, липофил молекула бўлиб ҳисобланади, мембрананинг гидрофоб қаватида эркин радикалларни инактивация қилиш қобилиятига эга.

Ана шу сабабли перекисли оксидланишнинг ривожланиш занжирини тўхтади. Ҳозирги кунда токоферолларнинг 8 типи бор, шулардан энг фаоли α -токоферол ҳисобланади.

Витамин Е ўзидаги вадород атомини липидларнинг перексид эркин радикалларида бериб, липидларнинг перекисли оксидланишини ривожланишини тўхтатади.

Реакциялар натижасида ҳосил бўладиган витамин Е нинг эркин радикали стабил бўлиб, у занжирнинг ривожланишида қатнашмайди. Ваҳоланки вит Е радикали хусусан липидларнинг перекисли радикаллари билан ўзаро таъсири натижасида уларни тиклайди.

Витамин С—антиоксидант бўлиб, липидларнинг перекисли оксидланишининг ингибирлашда 2 та ҳар хил механизмлар билан таъсир қилади.

Биринчидан вит С вит Е нинг оксидланган шаклини тиклайди ва шу тариқа тўқималар мембранасини таъминлайди.

Иккинчидан вит С сувда эрийдиган витамин бўлганлиги ва кучли тиклаш хусусияти учун кислороднинг фаол шаклига таъсир қилиб уларни инактивация қилади.

IY-БОБ

Гастродуоденал яралардан қон кетишларни хирургик даволаш натижалари

4.1.Ярадан қон кетишларни замонвий хирургик даволашни мулоҳазалари.

Меъда ва ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетишларда беморларни энг аввало уларни стационарларга госпитализация қилиш керакми ёки амбулатория шароитида текшириш керакми деган савол туғилади.Бу муаммони ҳал қилишда бемордаги клиник симптомлари ва қўшимча бир неча қуйидаги факторларни ҳисобга олиш керак.

- Қон оқишнинг оғирлиги ва уни тез компенсация қилишга эҳтиёжи
- Қон оқиш давом этаётганлиги тўғрисида аниқ маълумот олиш ёки актив қон оқиб беморнинг аҳволи оғирлашганлиги аниқ бўлиб жадал даволаш зарурлиги
- Оғир йўлдош касалликлари билан қон оқиш хавфи юксак бўлиши
Бундай беморлар тегишли стационарларга ётқизиilib зудлик билан эндоскопик текширишдан ўтказилишлари даркор.
Оғир гастродуоденал қон оқишларда эндоскопик текширишларни ўтказишда бир қанча факторларни ҳисобга олиш керак.
- Бемор оғир ортостатик гипотензия,оғир гиповолемия ва оғир шок даражасидан чиқарилиши керак
- Беморнинг нестабил ҳолатини кўрсатувчи-қоннинг уюшишини бузилиши,аритмия,гипоксимия белгилари бўлганда зудлик билан даволанишни бошлаш керак
- Беморларни терапевтик эндоскопия ва мониторинг ўтказадиган тажрибали врач бўлиши шарт

Ниҳоят қон оқиш тўхтаганми ёки унинг қон оқаётганлиги тўғрисидаги белгилари –тахикардия, қусганда ва назогастирал зонддан қизил рангли суюқлик чиқиши ҳолат қилганда қон бўлиши эндоскопик текширишга кўрсатма ҳисобланади.

Биз ўз кузатувларимизда ана шу даволаш критерияларни ишлаб чиқдик. Қон оқиш консерватив усулда тўхтатилган ва унинг рецидиви хавфи катта бўлмаса зудлик билан операция қилинмайди. Бундай гуруҳ беморларга консерватив даволаш (яъни қон оқишни ва унинг асоратларини коррекция қилинади, гемостатиклар, перорал H_2 блокаторлар (протон помпаси), антибактериал терапия билан актив зудлик билан эндоскопик текширишлар ҳам қилинмайди.

Амалий жихатдан оғир йўлдош касалликлари ва ностереоидли яллиғланишга қарши препаратлар ёки аспирин олган беморлар яъни қайта қон оқиш хавфи кучли гуруҳларга албатта антисекретор терапия ўтказилиши керак. Бизнинг кузатувларимиз бўйича H_2 блокаторлар, яъни фамотидин 40 мг дан кунига ёки ранитидин 300 мг бир кунда олган беморларнинг 67% да қайта қон оқиш хавфи пасаяди. Қон оқиш хавфи паст беморларда ҳам албатта НР хелико бактериялар) учун эрадикация ўтказилиши керак ва улар мунтазам H_2 блокаторлар ичиб юришлари шарт эмас.

Биз ўз кузатувларимизда асосий гуруҳ беморларга касалхонага тушган кундан бошлаб α -токоферрол ацетат 20%- 200 мг ва 5% аскорбин кислотасидан 12 мл қўшиб в/и юборилди. Гастродуоденал яралардан қон кетишларда эндоскопик ва консерватив усуллар билан тўхтатиш иложи бўлмаса ёки хаддан ташқари қайта қон оқиш хавфи юксак бўлгандагина шошилиш операция қилиш мумкин.

Шошилиш операцияларга қуйидаги курсатмалари бор:

- Гастродуоденал ярадан профуз қон оқиш давом этганда (уларнинг анамнезидан олдин яра борлиги верификация қилинган).
- Даволаш эндоскопик ва консерватив усуллар билан гастродуоденал яралардан қон оқишни тўхтатиш иложи бўлмаса
- Стационар шароитда қон оқиш рецидиви кузатилганда

Зудлик билан қилинадиган операциялар бўлиб:

- Клиник эндоскопик кўрсатмалар бўйича қон оқиш хавфи юқори бўлганда, уларни 12-24 соат давомида операцияга тайёрлаб кейин қилиш
- Клиник-анамнестик кўрсатмалари бўйича профуз қон оқишлар давом этиши хавфи бўлганда
- Массив қон оқишлар бўлиб, эндоскопик ва консерватив даволаш билан тўхтатиш иложи бўлмаса қон оқишнинг рецидив хавфи юқори клиник-лаборатория критерияларига: геморрагик шок белгилари, қон қусиш ёки массив мелена, глобуляр ҳажмининг оғир қон йўқотиш даражасидаги дефицити.

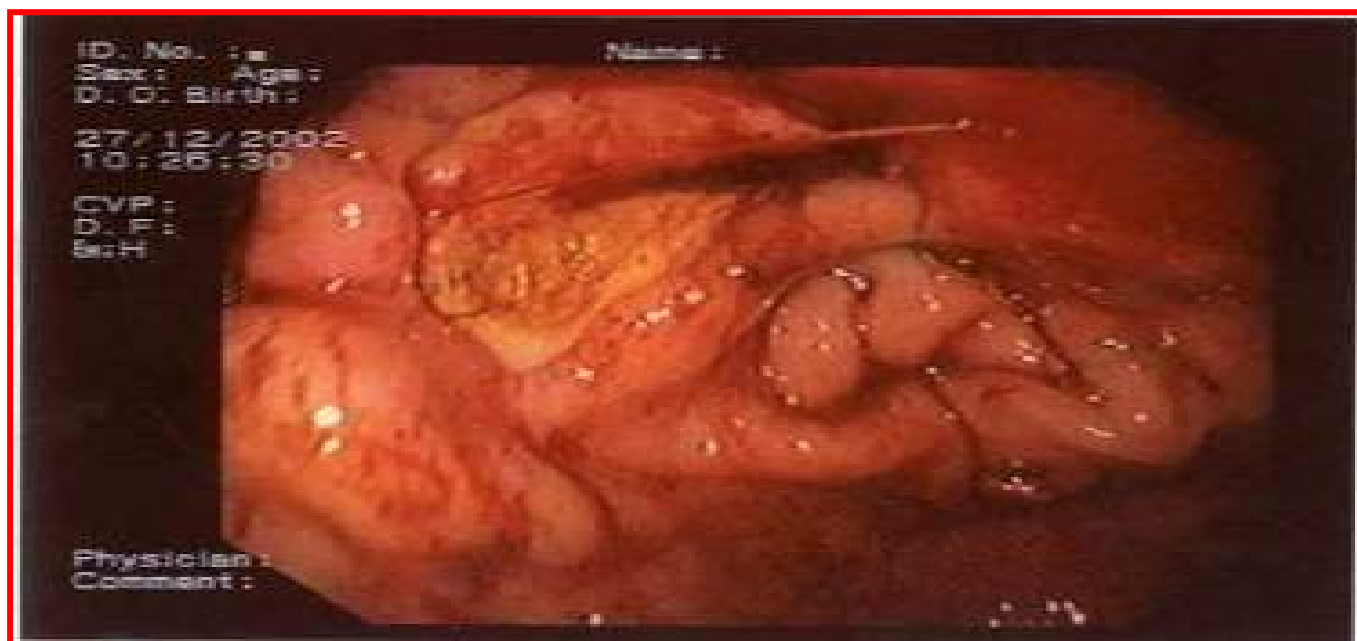
Эндоскопик критерияларига

Қон оқишнинг эндоскопик таснифи

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДФС).

Ярадаги гемостазнинг ҳолатининг Forrest (1974 й). таклиф қилган таснифда аниқланади.

Ғ.І: Қон оқиш актив ҳолатда



Расм.2.1: Артериал қон оқиш пульсация ҳолатида, катта босимда оқаётганлиги. (Forrest.I A).



Расм.2.2: Венадан қон оқиш, кучсиз, паренхиматоз қон оқиш (Forrest.I B).

Ғ.ІІ:Қон оқиш бұлиб ұтган

Ғ.ІІ А:Тромблaшган томирни кўриниши (visible vessel) (расм 2,3.Ғ ІІ А). Ғ.ІІ

В:Тромб қаттиқ ёпишган (adherent clot) (расм.2.4 Ғ.ІІ В).

Ғ.ІІ С: Яралинг тубида геморрагик сўрилиш бор (blask base) (расм 2.5 Ғ.ІІ С).



Расм.2.3 Тромблaшган томирни кўриниши (Forrest.ІІ А).



Расм.2.4 Тромб қаттиқ ёпишган(Forrest.ІІ В).



Расм.2.5 Яранинг тубида геморрагик сўрилиш бор(Forrest.II C).

Ғ.Ш.Қон оқиш бўлиб ўтган



Расм.2.6 Яранинг туби тоза, меленанинг қурилишлари йук (Forrest.III).

Қон оқиш давом этаётганида (Ғ.І А, Ғ.І В) ва гемостазнинг стабил бўлмаган белгилари аниқланганда (Ғ.ІІ А, Ғ.ІІ В) эндоскопик гемостаз ўтказилади.Бордию ярада малигнизация белгилари бўлса,биопсия олинади.

Артериал қон ҳажмининг давом этиши, яра кратерида катта тромблашган томир борлиги, яра дефекти катта ва чуқурлиги, яранинг жойлашиши катта томирлар йўлига туғри келганда.

Ана шу эндоскопик белгилардан иккитаси борлиги аниқланганда ярадан қон кетиш хавфи юксак деб топилиши керак. Биз ана шунга эътибор бердикки, беморлар ичида яна маълум гуруҳлари борки уларга ҳар қандай ҳажимда операция қилиши яхши натижа бермайди. Бундай гуруҳларга йўлдош касалликлари топилган ва ва қари ёшдаги беморлар кириб, операцион-анестезиологик хавфи ўта юқоридир.

Хатто қон оқиш давом этаётганда ҳам бу гуруҳ беморларни операция қилинмай консерватив даволаш динамик эндоскопия 1,2,4 сутка давомида қон оқиш хавфи тўхтагунча олиб борилади.

4.2.Операция қилиш усулини танлашда қўйидаги критериялари

Биз ўз кузатувларимизда операцияга кўрсатмасини танлашда қўйидаги критерияларга асосландик

- Бемор ахволининг оғирлиги
- Операцион анестезиологик хавф даражаси (қон оқиш даражаси, беморнинг ёши ва йўлдош касалликлари, операция пайтидаги техник жараёнлар ва хирургнинг шахсий тажрибаси)
- Қон оқаётган яранинг жойлашиши ва характери

Кўпинча амалиётда операция хавфи ва унинг даражасини тўғри аниқлашда жуда қўл мураккаб ҳолатларга дуч келамиз.

Биз ўз кузатувларимизда операция хавфининг юқори даражасини қўйидаги клиник факторлар билан (Л.Я.Тимен ҳам муаллифлар 2002) аниқлашни қўлладик.

- 1. PS тахминан бир минутда 24 марта ва ундан юқори.
- 2. $Hb < 90$ г/л.
- 3. $Ht < 0.30$.
- 4. Шок индекси (Альговер бўйича > 1.0
- 5. Декомпенсациясидаги ацидоз ёки алкалоз
- 6. Артерио-веноз шунт
- 7. Ўртача соатлик диурез миқдорининг пасайиши < 60 мл/с.

- 8.МВБ<60 мм сим уст тенг
- 9.Глобуляр кажмининг дефицити 20-30%

Охирги йилларгача яранинг қон кетиш асоратлари билан айрим ҳолатларни ҳисобга олмаганда меъдани резекция қилиш даволашнинг ягона усули деб ҳисобланар эди.

Ҳозирги вақтда ваготомиянинг клиник апробациядан ўтиши билан яранинг асоратларини хирургик даволаш арсеналига янги усуллар киритилди.

Гастродуоденал яралардан қон кетганда хирургик даволаш қайси муддатда ўтказилиши ва қандай тактика қўллаш ҳам амалий жихатдан ўта мураккаб ва чигал муоммолардан ҳисобланади.

Операцияга кўрсатмани тўғри аниқлашда албатта эндоскопия натижаларига ва беморнинг умумий аҳволига асосланиш керак.Биз ўз кузатувларимизда қўйидаги эндоскопик кўрсатмалар бўйича даволаш тактикасини аниқладик.

I гуруҳ.Яра деффекти фибрин билан қопланганлиги топилганда консерватив даволаш ва режали операция қилиш

II гуруҳ.Яра токчаси қизил тромб билан қопланган ва 12 бармоқ ичакда қон лахталари бор

III гуруҳ.Яра қирраларида ва атроф шиллик қаватидан капилляр қон оқишлар.Эндоскопик гемостаз қилинади.Агар қон оқиш ЭГДФС қилинганда аниқ топилса шошилиш операция қилиш

IV гуруҳ.Тромб тагидан ва артериал қон оқиш аниқланганда шошилиш операция қилиш керак. Шошилиш хирургиянинг талаблари бўйича аъзоларни сақлаш ваготомия қилиш техник жихатдан енгил ва ўлим суръати пастдир.

Яранинг локализацияси 12 бармоқ ичакда аниқланганда:

1.Ўкли ваготомия+пилоропластика+қон оқишни тўхтатиш (ярани тикиш,экстрадуоденизация қилиш).12 бармоқли ичак яраларидан қон кетганда меъдани кесиб олиш шарт эмас.Пилородуоденотомия қилиниб яра кесиб олинади,қон оқиш манбаси топилади.

Бордию пенетрация бўлса-яра кратерини (экстиродуоденизация) ичак ёриғидан ташқарига чиқарилади, стволли ваготомия ва пилороластика қилинади. Охирги йилларда бу операцияни лапароскопик усулда бажарилмоқда. Агар қон оқадиган яра дуоденумнинг олдинги деворида бўлса пилороластика Жибулей бўйича ва ваготомия қилинади.

Ярани тикиш (ёки кесиб олиш билан) пилороластика ваготомия билан дуоденал яраларда операция хавфи юкори бўлганда қилинади.

Ана шундай янги усулларнинг киритилиш операциядан кейинги бўладиган ўлим суръатини пасайтиришга эришилади. Маълумки меъда $\frac{2}{3}$ ва $\frac{3}{4}$ қисми резекциясидан кейинги ўлим 30% кўпроқ эди.

2. Ҳажми чегараланган антрумэктомия ваготомия билан бирга қилиниши классик меъданинг $\frac{2}{3}$ ва $\frac{3}{4}$ қисми резекцияларини аста-секин амалиётдан қисиб чиқарилиши керак. Чунки меъда резекциясидан кейинги бўладиган асоратлар маълум.

Шундай қилиб ҳозирги техник имкониятлар гастродуоденал яралардан қон оқишларда қилинадиган операциялар усулларини танлашда клиник вазиятнинг ҳолатига, операция хавфи даражасига (қон оқиш даражаси, беморнинг ёши, йўлдош касалликларига, операция пайтидаги техник жараёнларга ва хирургнинг тажрибасига) индивидуал ёндошиш керак.

Яра меъдада жойлашганда

1. Меъдадаги ярадан қон кетганда дистал резекция (антрумэктомия) қилинади, агар операция хавфи кичик бўлса.

2. Кичик операциялар: Қон оқишнинг операцион хавфи юкори бўлган беморларда ярани тикиш маъқул ҳисобланади.

Ҳолатига қараб ярани кесиб олиш (поначисмон резекция) ёки гастротомия билан ярани тикиш усулларини ишлатиш мумкин. Агар меъда ва 12 бармоқ ичакда яра жойлашганда стволли ваготомия антрумэктомия билан қилиниши керак.

Юкоридаги маълумотларга асосланиб биз кузатган гастродуоденал яралардан қон оқишлар билан беморларни даволашда қўйидагича тактика қўладик.

1.Зудлик билан операция қилиш қон оқиш давом этаётган ва эндоскопик гемостаз эффект бермайдиган ва эрта қон оқиш рецидиви билан беморларда қўладик.

Шу табақадаги бемор 3 гуруҳга бўлинади.

1.Ёш ва ўрта ёшли беморларда ярали анамнезига,консерватив даво эффекти бермаган ва муҳим йўлдош касалликлари бўлмаганлар.

Шу гуруҳдаги беморда яра меъдада жойлашиши билан 3 беморда меъда резекцияси,2 та беморда дуоденал яраларда-ваготомия ярани кесиб олиш билан.

2.Гемодинамик кўрсатмалари мустаҳкам бўлмаган,оғир қўшма касалликларига эга булган беморлар.Кетаётган қон ёки рецидив қон оқишни тўхтатиш мақсадида мажбуран операция қилинади.Операция ҳажми жуда минимал-гастро ёки гастродуоденотомия қилиниб ярадан қон оқаётган томирлар тикилади.

Ана шу 1 ва 2 гуруҳ беморларга зудлик билан операция қилишга кўрсатмалар

- ❖ 1.Биринчи 2 соатда қон оқиш давом этаётганда ва эндоскопик тўхтатишнинг иложи бўлмаса
- ❖ 2.Биринчи 2-5 соат ичида: а) массив қон оқиш ва гемодинамика стабил бўлмаса.б) массив қон оқиш ва эндоскопик қон тўхтатиш вақтинча бўлган ва артериал қон оқиш бор,кўрсатилган 5 соат ичида беморга қон қўйиш ва айланишдаги қон ҳажмини тўлдириш керак.
- ❖ 3.Стационар шароитда қон кетиш рецидиви бошланганда қонни тўхтатиш учун қайта эндоскопия қилиниб зудлик билан операция қилишдан бош тортганда,улар ҳақиқатдан ҳам операция қилиш ҳолатидан ўтган беморлар

3 гуруҳ беморлар (умумий анестезия операция хавфини туғдиради) кўйидаги беморлар(кўшма патологияси бор) киради.

- Қон айланиш етишмовчилиги III даражаси
- Ўткир трансмурал инфаркт миокарди
- Бош мия қон айланишнинг ўткир бузилиши
- Гипертония касаллиги III даражаси, қон айланишнинг бузилиши II Б-III даражаси билан
- Ўпка-юрак етишмовчилиги, қон айланишнинг II Б-III даражаси билан
- Декомпенсациялашган жигар циррози
- Сурункали буйрак етишмовчилиги III даражаси
- Қандли диабет, кетоацидоз ва диабетик кома билан

Бу гуруҳ беморлар профуз қон кетишлар клиникаси билан эндоскопик қон тўхтатишга уриниб кўрадилар ва унинг иложи бўлмагандан кейин операция қилинди. Операция ҳажми минимал.

4.3. Клиник манзараси, диагностикаси ва даволаш усуллари

Биз бу бобда меъда ва 12 бармоқ ичакнинг сурункали яраларидан қон оқиш асоратлари билан 60 та беморнинг даволаш натижаларини кўрсатмоқчимиз. Беморларни ёши бўйича бўлинишлари 2-бобда берилди, эркаклар 44.4 та (74%) ва аёллар 15.6 та (26%) ни ташкил килди. 60 та беморда дуоденал ярадан қон оқиш анамнезида 28 та беморда меъданинг сурункали яраси ва 32 та беморда қон оқишлар аниқланмади. Беморлар клиникага келишида умумий ҳолсизликка 35%, бош айланиш 15%, юракнинг тез уришига 15%, кўнгил айланиши ва қайт қилиши «кофе қуйкаси» 10%, совуқ терга тушиш 5%, тери қопламасини оқариши 10%, қизил қон билан қайт қилиш ва каллоптоид ҳолат 5% ва назогастрал зонддан қизил қон ёки «кофе қуйкаси» келиш 5% беморда аниқланди. Беморларнинг анамнезини ўрганганимизда 60 та бемордан 21 тасида меъда ва 12 бармоқ ичакда яра борлиги ва даволанганлигини эътироф этадилар.

Хамма беморлар клиникада эндоскопик текширишлардан ўтказилди. 20та (33.33%) бемор клиникага тушишда артериал қон оқаётганлиги (F-I-A), 17 та (28.33%) беморда секин паренхиматоз қон оқаётганлиги (F-II-A) ва 23 та (38.33%) беморда бирламчи эндоскопик текширишда қон оқиб ўтганлиги клиник белгилари топилди. Шулардан 7 та (30.43%) беморда F-II-A, 6 та (21.73%) беморда F-II-B, 3 та (13,04%) беморда F-II-C ва 2та (8.69%) беморда F-III, IV аниқланди. 6 та (26.08%) беморда ярадан қон кетиш манбасини топиш мумкин бўлмади. 23 та (38.33%) беморда қон оқиш енгил даражаси, 20 та (33.33%) беморда ўртача даражаси, 17 та (28.33%) беморда оғир қон оқиш даражаси аниқланди. Қон қанча кўп оқса, унинг рецидив бўлиши хавфи юксак эканлиги аниқланди.

Енгил ва ўртача қон оқишлар бўлган беморларда 71.86% ни , оғир қон оқишлар фонида 28.33 % беморни ташкил қилди.

Материалларимизни таҳлил қилганимизда аниқ бўлдики, гастродуоденал яралардан қон кетишлар рецидиви 45 ёшдан юқоридаги беморларда кузатилди.

Гастродуоденал яралардан қон кетишларни натижалари

Гастродуоденал яралардан қон кетишларни даволашда биз индивидуал ёндошдик. Маълумки меъда ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетишларни 50% сурункали меъда ва 12 бармоқли ичак яралари ташкил қилади. Қон оқишларни консерватив тўхтатган беморлар улардаги қон оқиш рецидиви хавфи юқори бўлмаса зудлик билан операция қилишга кўрсатма йўқ ҳисобланади. Бундай беморлар консерватив даволаниб қон оқишни коррекция қилинади, гемостатиклар, перорал H_2 блокаторлар, антибактериал препаратлар, α -токоферрол ацетат 20%-200 мг ва аскорбин кислота ката дозада 12 мл тавсия қилинади. Бу гуруҳ беморларга режали равишда операция қилиш тавсия қилинди.

Биз кузатган 60 та бемордан 18(30%) да қон оқиш рецидиви кузатилган.

Беморларда қон оқишнинг рецидиви ярнинг ҳажмига қараб бўлиниши (жадвал №10).

Жадвал №10

Ярнинг ҳажми	Беморлар ёши				
	16-20 ёш	21-40 ёш	41-60 ёш	61 -70 дан юкори	жами
0,5 см	-	1	-	-	1
0,6-1 см	-	1	1	1	3
1,2-2 см	2	2	3	1	8
2 см катта	1	1	3	1	6
жами	3	6	6	3	18

Беморларнинг ярасини локализациясига қараб бўлиниши (жадвал №11).

Жадвал №11

Ярнинг локализацияси	Ёши буйича				
	16-20	21-40	41-60	61-70 дан юкори	Жами
12 бармок ичак олдинги девори	2	10	7	1	20
12 бармок ичак орқа девори	-	4	5	1	10
12 бармок ичак пастки девори	-	4	2	1	7
12 бармок ичак юкори девори	1	4	3	-	8
Карама-карши деворида жойлашган	1	2	1	-	4
Меъда киччик эгрилиги	-	4	2	-	6
Пилороантрал булимида	-	2	2	1	5
Жами	4	22	23	4	60

Жадвалдан кўриниб турибдики асосий дуоденал яралар унинг олдинги деворида жойлашган.Меъда яраси киччик эгрилиги ва пилороантрал қисмида жойлашган.Беморларни биз икки гуруҳга булган эдик.

Иккинчи гуруҳ 20 та бемордан 8 таси операция қилинган,колгани 12 та бемор хар-хил сабабларга кўра операция бўлмаган.

Хирургик тактика эндоскопик манзарасига қараб индивидуал хал қилинди.Қайта қон оқиш хавфи ўта юксак бўлган беморлар шошилиш равишда (2-24 соат гача) операция қилинди (F-I-A),(F-I-B),(F-II-A) ва қолган беморлар режали равишда (F-II-B,F-II-C) 4-10 кун ичида операция қилинди. Шу даволанган беморларнинг натижаларига асосланиб консерватив даволаш асосан қон оқишни тўхтатиш ва ярадаги гемостазни динамик сақлаш борасида жуда юкори эффект беришлигини аниқладик. Консерватив даволаш бўлиб кўп компонентли ва хар хил йуналишда ўтказилиши керак. Йўқотилган қон урнини тўлдириш,гемостатик,ярага қарши препаратлар,иммуностимуляторлар ва йўлдош касалликларини коррекция қилишга қаратилиши керак.

Биз кузатувларимизнинг илмий изланишларимизга асосланиб (III БОБ) шу беморларнинг 20 тасида комплекс даволаш арсеналига антиоксидант сифатида альфа токоферролнинг 20%-200 мг ва 5% аскорбин кислотасидан 12 мл дан бирга операциягача ва ундан кейинги даврларда 8-10 кун мобайнида кулладик.

**Беморларнинг ўтказилган хирургик операцияларни турига қараб
бўлиниши (жадвал №12).**

Жадвал №12

Операция турлари операция	Операция қилинган беморлар сони				Операциядан кейинги асоратлар сони			
	I гурух №20	II гурух №20	III гурух №20	жам и	I	II	III	жами
Меъда резекцияси	3	3	5	11	1	-	2	3
Ваготомия	2	1	1	4	-	-	-	-
Яралар кесиб олиш ва тикиш	5	4	5	14	1	1	3	5
Жами	10	8	11	29	2	1	5	8

**Беморлардаги операциян кейинги асоратлар суръатининг таккослаш
(жадвал №13)**

Жадвал №13

Операция булган беморлар гурухи	Асоратлар				жами
	Ярани йиринлаши	Ярада серома хосил булиши	Дуоденал окма	Ярани иккиламчи битиши	
I гурух (n-10)	1	1	-	-	2
II гурух α -токоферрол тавсия қилинган беморлар (n-8)	-	1	-	-	1
III гурух таккослаш (n-11)	1	-	1	3	5
Жами (n-29)	2	2	1	3	8

13 Жадвалдан куришиб турибдики биз кузатган II гурух α -токоферрол тавсия қилинган 8 та беморда асоратлар суръати колган гурух беморлардагига караганда анча паст булди.

Хотима

Охирги йилларда меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини диагностикасида ва даволашда маълум ижобий натижаларга эришганлигига қарамай, бу касалликнинг мустақил ҳамдустлик ва бизнинг мамлакатимизда учраш суръатининг пасайиши деярли аниқланмаётир. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш муаммоси бунданда ўта долзарб муаммоларга киради. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигидан кейинги умумий ва операциядан кейинги ўлим юқорилигича қолмоқда. Яра касаллигининг даволашнинг муҳим кўрсаткичи бўлиб ярадан қон кетишларни эффектив даволашлар ҳисобланади. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда айниқса уларнинг қон кетиш рецидивларини ўз вақтида башорат қилиш ва комплекс даволаш ўта муҳим ҳисобланади. Ҳозирги кунда ярадан рецидив қон кетишларни аниқ башорат қилиш учун умумий башорат қилиш критериялари ишлаб чиқилмаган.

Адабиётларда келтирилган маълумотларга асосланиб меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда, айниқса қон кетишларнинг рецидиви кузатилганда қуйидаги ҳолатлар кузатилишига асосли бўлди. Гастродуоденал яралардан қайта қон кетиш хавфи жуда юқори қолмоқда (6-35%). Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг қон кетишларида айниқса (15-66%) унинг рецидив ҳолатида (75%) ҳозирги замон хирургиясининг қўлга киритган ютуқларига қарамасдан ўлим суръати ҳамон юқорилигича қолмоқда. Гастродуоденал яраларда гемостазнинг ҳолатини назорат қилишнинг аниқ критериялари ва уларни комплекс даволаш критериялари ишлаб чиқилмаган. Адабиётларда ана шундай ёндошишлар таклиф қилинган ишлар бор, аммо уларни комплекс ҳолда деб бўлмайди. Бунда қуйидаги мақсадлар амалга оширилиши шарт: қон оқишнинг узок давом этмаслиги асосий касалликни радикал даволаш, қон оқиш мутлоқ тўхтатилиши зарур. Ана шундай операция ҳажмини тўғри танлаш операциядан кейинги ўлим суръатини камайишига олиб келади.

Адабиётлар маълумотларини синчиклаб таҳлил қилинганда ,гастродуоденал қон оқишларни даволашнинг кўп жихатлари хали хал қилинмаган. Қандай хирургик тактика ишлатиш ҳам энг чигал масалалардан биридир.Шундай ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда биз меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда уларнинг комплекс даволаш усули антиоксидантлар α -токоферрол 20%- 200 мг ва аскорбин кислотани 5% эритмасини 12 мл дан ҳар куни 10 кун мобайнида қўшиб даволадик.

Гастродуоденал яралардан қон кетишларни айниқса унинг рецидив хавфини аниқлашда фаол тактиканинг киритиш фаол-кутиш тактикага караганда анча яхши томонга ўзгаришга таъсир қилди.

Биз кузатган беморларни уч гуруҳга бўлдик.Биринчи гуруҳ 20 та бемор гастродуоденал яралардан қон оқишлар билан қон зардобиди липидларнинг перекисли оксидланиши фаоллиги (диенли конъюгат,малонли диальдегид,) ва антиоксидант (α -токоферрол) миқдорини аниқладик.

Бу гуруҳ қон оқиш ҳажмига караб 1 А гуруҳи-йўкотилган қон миқдори 600 мл гача бўлган 10 та бемор ва 1Б-гуруҳ-йўкотилган қон миқдори 650 мл дан 1200 мл гача бўлган 10- та бемор киритилди.

Иккинчи гуруҳ гастродуоденал яралардан қон кетишлар билан 20 та беморнинг даволаш комплексига антиоксидант α -токоферрол ацетатнинг 200 мг дан ва 5% аскорбин кислотасининг эритмаси 12 мл дан тавсия қилинди.

Учунчи гуруҳ-яралли гастродуоденал қон оқишлар билан ананавий усулда даволанган 20 та бемор таққослаш учун олинди. Шундай қилиб,адабиётлардаги маълумотларга асосланиб айтиш мумкинки меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларни даволаш муаммолари хали тўла ечилмаган.Ошказон ичак тизимидан массив қон кетганда даволашнинг самара бермаслигининг муҳим сабабларидан организмда ривожланадиган тизимли гипоксия оркали ҳаётий муҳим аъзолар функциясининг бузилиши ҳисобланади [6,34,78,119].

Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишларда липидларнинг перекисли оксидланиши ҳолатининг активланиши натижасида антиоксидант ҳимоя функцияси пасайиши фанда тасдиқланган [15,89,91,112]. Ана шуларни ҳисобга олган ҳолда биз гастро-дуоденал қон кетишлар билан беморларда оксидантлар ва антиоксидантлар ўзгаришини қон оқшининг ҳар-хил даражаларида аниқлаб, қон оқишларнинг комплекс даволаш арсеналига антиоксидантларни ва унинг ижобий таъсирини ўрганишни муҳим деб ҳисобладик.

Маълумки ҳамма беморларнинг 74% ни эркаклар ва 26% ни аёллар ташкил қилади. Қон оқиш асорати асосан эркакларда бўлиб, эркаклар купроқ жисмоний меҳнат билан шуғулланиши билан боғлиқ. Анамнезининг энг муҳим факторларидан бири, бу қон оқиш ҳолатларнинг кузатилишидир. Айрим беморларда бир мартадан икки ва кўп маротаба такрорланиши ҳолат аниқланди. Қон оқиш ҳолсизлик кўринишида –(89%) беморда, беморда ахлатнинг дегетсимон бўлиши –(85%), бош айланиши –(62%), кофе қуйқаси қайт қилиш (48%), кахексик ҳолат (52%), аниқ қон қайит қилиш (3%) беморларда кузатилди. Бизнинг кузатувларимизда ярадан қон оққан беморларнинг 33 тасида (йўлдош касалликлар) аниқланди. Юракнинг ишемик касаллиги -20, Ю.И.К ва гипертензия касаллиги-6, Ю.И.К ва жигар циррози-3 ва қандли диабет касаллиги 4 беморда аниқланди. Шулардан 9 беморда 2 хил йўлдош касаллиги борлиги аниқланди.

Қон оқишнинг оғирлиги даражаси А,И Горбашко усули бўйича аниқланди. Қон оқишнинг енгил даражаси –(64,5%) , ўртача оғирлик даражаси –(27%), ва оғир даражаси 8,5% беморда аниқланган.

Беморларда стационарларга тушганлардан 23% ҳолатларда шок ҳолат кузатилган. Стационарларга тушган беморларни комплекс ҳолда текшириш ўтказилди: Анамнез йиғиш, беморнинг шикоятларнинг тинглаш ва объектив кўрик.

Қоннинг клинико-биохимик таҳлиллари, коагулограмма, қон гуруҳини ва Rh факторини аниқлаш, қондаги қанд миқдорини аниқлаш, қон тўхтатиш даражасини аниқлаш, ЭГДФС, кўкрак ва қорин бўшлиқ манзаравий рентгеноскопияси, ЭКГ, қўшимча мутахасислар билан маслаҳат қилиш.

Қоннинг умумий таҳлили, қондаги Hb миқдорини аниқлаш, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар сонини аниқлаш, Ht кўрсаткичини, қон йўқотиш оғирлиги даражасини ва постгеморрагик анемия даражасини аниқлашда муҳим ҳисобланади.

Қоннинг биохимик таҳлилларида қондаги глюкоза миқдорини, умумий оксил сатхи, билирубин миқдори, АсТ, АлТ, мочевино ва креатинин миқдорлари аниқланди. Қоннинг уюшувчанлиги ҳолатини коагулограмма кўрсаткичлари билан аниқланади: қон зардобининг гепаринга толерантлиги, ПТИ, фибриноген фаолликлари аниқланади.

Биз ўз кузатувларимизда зудлик билан қон йўқотиш даражасини аниқлаш зарур бўлганда Альговер усулидан фойдаланамиз. $K = \frac{A}{B} = 0,5$.

Ярадаги гемостазнинг ҳолатининг Forrest (1974 й) таклиф қилган таснифда аниқланади.

F.I: Қон оқиш актив ҳолатда

F.I A: артериал қон оқиш пульсация ҳолатида, катта босимда оқаётганлиги

F.I B: венадан қон оқиш, кучсиз, паренхиматоз қон оқиш (oozing hemorrhage)

F.II: қон оқиш бўлиб ўтган

F.II A: тромбланишган томирни кўриниши (visible vessel)

F.II B: тромб қаттиқ ёпишган (adherent clot)

F.II C: яранинг тубида геморрагик сўрилиш бор (black base).

F.III: қон оқиш бўлиб ўтган

F.III- яранинг туби тоза, меленанинг кўринишлари йўқ (no stigma).

Қон оқиш давом этаётганида (F.I A, F.I B) ва гемостазнинг стабил бўлмаган белгилари аниқланганда (F.II A, F.II B) эндоскопик гемостаз ўтказилади. Бордию ярада малигнизация белгилари бўлса, биопсия олинади.

Ярадан қон кетиш билан беморларни кечиктириб операция тайёрлашда муҳим усул ҳисобланади.

Беморларнинг аҳволи стабил бўлганларида кўкрак қафаси рентгеноскопияси қилинади.Юрак ва ўпка тизими паст баҳоланади.Агар аҳволи оғир бўлса,унинг аҳволи биров стабил ҳолатга келгандан кейин ўтказилади.

Меъда ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон оқишлар билан биринчи гуруҳ беморлар қон зардобиди диенли конъюгат(ДК) миқдори биринчи кундан 1,2-1,3 марта кўтарилган,3- куни биров пасайишига қарамай нормага тушмаган,қолган 7-10 кунлари нормадан 1,3-1,4 марта баланд бўлган.Малонли диальдегид(МДА) миқдори эса биринчи кундан 2,4-марта ошган ва 3-7-10 суткаларда ҳам нормадан 2,9 марта баланд бўлганлиги кузатилди.10-суткага бориб унинг миқдори туша бошлаган.Липидларнинг оксидланиши даражаси 3-суткадан 1,4 марта кўпайган ва текширишнинг охириг кунигача сақланиб қолган.Шу пайтда хужайраларнинг ёгда эрувчи антиоксидант α -токоферрол(ТФ) нинг миқдори ҳамма текшириш кунлари миқдори нормадан паст бўлган.

Биринчи куни 1,5 марта,3-куни 1,36 марта,7-куни 1,54 марта ва 10 куни 1,54 марта камайган.Коэффциенти (ЛПО/АОТ) ва дисбаланс борлиги аниқ кўтарилган. Бу гуруҳ беморларда эндоген антиоксидант тизимининг мобилизацияси кузатилган.

Иккинчи гуруҳ яъни массив ва катта қон оқишлар бўлган беморлар қони зардобиди ДК миқдорининг ошиши биринчи гуруҳга қараганда биринчи куни анча 1,8-1,9 марта баланд бўлган ва 10-кунга бориб нормага яқинлашган.МДА миқдори нормага нисбатан 10 кун мобайнида кўтарилиб борган.Агар биринчи куни 1,5 марта ошган бўлса,3-куни 2,2 марта ва 7 куни ва 10 кунлари 2,5 марта ошганлиги аникланди.Демак шу гуруҳ беморлар қонидаги липидларнинг оксидланиши даражаси ҳамма текшириш кунлари баланд бўлган.Оксидланиш даражасининг ошиши биринчи куни 1,3 марта булса 10 кунлари 2,5 марта булган.

Антиоксидант тизими курсаткичи бўлган токоферол (ТФ) миқдори иккинчи гуруҳ беморларида биринчи куни 5 мартага кўтарилган бўлса, қолган кунлари нормадан 1,7-1,3 марта паст бўлган.

Липидларнинг перекисли оксидланиши фаоллигининг биринчи ва иккинчи гуруҳ беморлар орасидаги фарқи коэффциенти К аниқ 2 гуруҳ беморлар қонида 1,3,7,10 кунларига асосан 1.7, 2.5, 1.8, 2.9 марта кўтарилган.

Шундай қилиб олинган маълумотларга асосан шундай хулосага келиш мумкинки,гастроудоденал қон оқишлар билан беморларда липидларнинг перекисли оксидланиши ҳолати фаоллигининг ошиши бирламчи диенли конъюгат (ДК) ва иккиламчи малонли диальдегид(МДА) моддалари ҳисобидан юзага чиқади.Антиоксидант системадаги ўзгаришлар бу гуруҳларда қарама-қарши характерда бўлди.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда ТФ нинг ўзгариши 3 кунгача,биринчи гуруҳдаги беморларда ТФ барча кунлардаги текширишларда пасайганлиги аниқланди. Иккинчи гуруҳдаги беморларда бундай ўзгаришлар липидларнинг перекисли оксидланишининг (ДК) ва (МДА) кучайиши билан боғлиқдир,шу билан бир вақтда антиоксидант системанинг фаоллиги ошиши юз беради,бу эса деподан антиоксидантларнинг чиқиши билан боғлиқ.

Биринчи гуруҳидаги беморларда қон оқишдан кейинги эрта даврда ДК нинг миқдори ошмаганлиги,токоферол (ТФ) нинг пасайиши аниқланган.Шуни айтиш мумкинки,бундай ҳолатларда хужайра ичи антиоксиданти токоферрол (ТФ) липидлар перекисли оксидланиши(МДО) ни ингибирлашга тўлиқ етади. Иккинчи гуруҳда эса ДК ва МДА миқдори кўпайганда ТФ миқдори уларни камайтириш учун етмайди,бу эса антиоксидант системанинг мобилизациясига сабаб бўлади.Қон зардобидаги ферментлар фаоллиги иккинчи гуруҳидаги беморларда яққол ривожланган.

Қон оқиш натижасида бўлган гипоксия чуқурроқ бўлган ва барча текширувларда гипоксия сақланганлиги аниқланди.Эркин радикалли оксидланиши ,антиоксидант система,кислород гоместази,қон фермент спектрининг турғун ва яққол бузилиши гипоксияни чақирувчи сабабни-йўқотишни тақозо қилади.

Лекин бу чора тадбирлар ўз-ўзидан биологик ҳимояга қарши жараёнга таъсир қила олмайди,чунки бунда антиоксидантлар миқдори кескин камайган бўлади.Шунинг учун меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишлар кузатилган беморларни комплекс даволаш учун антиоксидантлар киритилиши лозим.

Липидларнинг перекисли оксидланиши кечадиган мембрана тузилмаларида вит Е стабилловчи роль ўйнайди.Олинган маълумотларга таяниб меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан қон оқишлар кузатилган 20 та беморда медикаментоз терапия комплексиға антиоксидант α -токоферрол 20%-200 мг ва 5%-12 мл аскорбин кислота в/и га қўйилди. Витамин Е (α -токоферол) табиатда энг кенг тарқалган антиоксидант бўлиб,липофил молекула бўлиб ҳисобланади,мембрананинг гидрофоб қаватида эркин радикалларни инактиватция қилиш қобилятига эга.Ана шу сабабли перекисли оксидланиши ривожланиш занжирини тўхтатади. Хозирги кунда токоферолларнинг 8 типи бор,шулардан энг фаоли α -токоферол ҳисобланади.Витамин Е ўзидаги вадород атомини липидларнинг перексид эркин радикаллариға бериб,липидларнинг перекисли оксидланишини ривожланишини тўхтатади.

Реакциялар натижасида ҳосил бўладиган витамин Е нинг эркин радикали стабил бўлиб,у занжирнинг ривожланишида қатнашмайди.Ваҳоланки вит Е радикали хусусан липидларнинг перекисли радикаллари билан ўзаро таъсири натижасида уларни тиклайди. Биз бу бобда меъда ва 12 бармоқ ичакнинг сурункали яраларидан қон оқиш асоратлари билан 60 та беморнинг даволаш натижаларини кўрсатмокмиз.

Беморларни ёши бўйича бўлинишлари 2-бобда берилди,эркаклар 44.4 та(74%) ва 15.6 та (26%) ни ташкил қилди. 60 та беморда дуоденал ярадан қон оқиш анамнезида 28 та беморда меъданинг сурункали яраси ва 32 та беморда қон оқишлар аниқланмади.Беморлар клиникага келишида умумий ҳолсизликка 35%, бош айланиш 15%,юракнинг тез уришига 15%,кўнгил айланиши ва қайт қилиши «кофе қуйкаси» 10%,совук терга тушиш 5%,тери копламасини оқариши 10%,қизил қон билан қайт қилиш ва каллоптоид ҳолат 5% ва назогастрал зонддан қизил қон ёки «кофе қуйкаси» келиш 5% беморда аниқланди.Беморларнинг анамнезини ўрганганимизда 60 та бемордан 29 та сида меъда ва 12 бармоқ ичкада яра борлиги ва даволанганлигини эътироф этадилар.

Хамма беморлар клиникада эндоскопик текширишлардан ўтказилди. 20та (33.33%) бемор клиникага тушишда артериал қон оқаётганлиги (F-I-A), 17 та (28.33%) беморда секин паренхиматоз қон оқаётганлиги (F-II-A) ва 23 та (38.33%) беморда бирламчи эндоскопик текширишда қон оқиб ўтганлиги клиник белгилари топилди. Шулардан 7 та (30.43%) беморда F-II-A,6 та (21.73%) беморда F-II-B,3 та (13,04%) беморда F-II-C ва 2та (8.69%) беморда F-III,IY аниқланди. 6 та (26.08%) беморда ярадан қон кетиш манбасини топиш мумкин бўлмади.23 та(38.33%) беморда қон оқиш енгил даражаси, 20 та (33.33%) беморда ўртача даражаси,17 та (28.33%) беморда оғир қон оқиш даражаси аниқланди.Қон қанча кўп оқса,унинг рецидив бўлиши хавфи юксак эканлиги аниқланди.Енгил ва ўртача қон оқишлар бўлган беморларда 71.86% ни ,оғир қон оқишлар фонида 28.33 % беморни ташкил қилди.

Материалларимизни тахлил қилганимизда аниқ бўлдики,гастродуоденал яралардан қон кетишлар рецидиви 45 ёшдан юқоридаги беморларда кузатилди.

Хулосалар

1.Гастродуоденал қон оқишлар меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг кўп учрайдиган асоратларидан бўлиб,уларнинг диагностикаси ва даволаш тактикалари алгоритми ишлаб чиқилди.

2.Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишларнинг ҳажмига қараб беморлар қони зардобидаги липидларнинг перекисли оксидланиши фаоллигининг кўтарилиши ва антиоксидантлар миқдорининг пасайиши аниқланди.

3.Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишлар билан беморларни даволаш комплексига α -токоферол ва витамин С нинг татбиқ қилиниши муҳим патогенетик омил ҳисобланади.

4. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон оқишлар замоновий комплекс даволашда антсекретор базис терапия билан антиоксидантлар (α -токоферол 20%- 200 мг) аскорбин кислотанинг 5% -12 мл эритмасининг ишлатилиши беморларда операциядан кейинги асоратларни 4-5% га камайтирди.

Амалий тавсиялар

1. Қон оқиш рецидивининг хавфи юқори бўлган касалларда (қайта қон оқиш факторининг учта ва ундан юқориги: -ярагинг диаметри 8 мм дан катта бўлганда, гастродуоденал зонанинг кенг майдонда шиллик пардаси жароҳатланганда, яра меъданинг томирлари оёкчасига яқинида унинг олдинги ва орқа деворларида 2 см гача кенгликда жойлашса ва киччик эгрилигига паралел равишда 3-4 см 12 бармоқ ичакнинг орқа деворида бўлганда меъда шираси pH - 4 дан кам бўлганда) превентив қон оқиш рецидиви булгунча операция қилиниши керак.

2. Ўткир гастродуоденал яралардан қон оқишларда операция қилишга кўрсатма бўлса ва беморнинг умумий аҳволи оғир бўлганда энг оптимал яраларни тикиш операцияси қилиниши керак. Агар яра 12 бармоқ ичакда бўлганда албатда ваготомия қилинади. Меъданинг стволли дренажлайдиган яъни дуоденотомия қилиниб, яра тубидаги томирлар тикилиб операция қилинади. Бордию меъдада рецидив пептик яра бўлиб, қайта қон оққанда, меъда ичи pH - 3 дан кам бўлганда меъда резекцияси қилинади.

3. Ўткир гастродуоденал яралардан қон оқишнинг рецидивини профилактика қилиш учун комплекс даволаш арсеналиги H_2 – блокаторлар (квамател) 40 мг в/и га боллус ҳолда 20 мг дан в/и 2 марта суткада 200 мл 0.9%-200 мл натрий хлор эритмаси билан ингибитор(лосек) 20 мг +200 мл 0. (% натрий хлор эритмаси в/и суткада 2 мартадан 6 сутка мобайнида қилинади.

4. Ана шу комплекс антиоксидант фаоллигини оширувчи (мексидол ёки бизлар ишлатган α -токоферол ацетат 20%-200 мг 0.9% -200мл натрий хлор эритмаси билан в/и га бир суткада 2 марта 6 сутка мобайнида қилинади.

Адабиётлар рўйхати

1. Абдуллаев С.А., Алмарданов Я.Т., Меъда ва 12 бармок ичак яраларидан кон кетиш билан беморларда липидларнинг перекисли оксидланиши ва антиоксидант тизимининг ҳолати. Доктор ахбоотномаси 2012 й № 4.-С.1-2.
2. Айсханов С. К., Вартанов С. А., Рамазанов М. М. Активная индивидуализированная тактика лечения больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вест. хир.- 2002. - Т.148, № 4. - С. 21-23.
3. Айсханов С. К., Вартанов С. А., Рамазанов М. М. К выбору способа гемостаза при профузных язвенных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 2004. - № 6. - С. 52-53.
4. Алипов В. В. Особенности системы гемостаза при острых желудочных кровотечениях // Современные проблемы экстренного и планового лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Тез. докл. Всерос. науч.- практ. конф.– Саратов, 2003. - С. 23.
5. Асраров А. А., Бабаханов О. А., Ким И. А. Алгоритмы лечебных мероприятий при гастродуоденальных кровотечениях // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл.- Ташкент, 2003. - С. 12.
6. Алтыев Б. К., Рихсибеков З. Н., Мухаммедов Х. Я. Прогнозирование рецидива из острых гастродуоденальных язв // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл. - Ташкент, 2003. - С. 11.
7. Аталиев А. Е., Мавлянов А. Р., Мадаминов Р. М. Обоснование лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл.- Ташкент, 2003. - С. 12-13.

- 8.Бабаджанов Б. Р., Эшчанов А. Р., Бабаджанов М. Б. К лечению острых гастродуоденальных кровотечений // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл. - Ташкент, 2003. - С. 17-18.
- 9.Байбеков И. М. Структурные основы показаний и последствий ваготомии. – Ташкент: Из-во им. Абу-Али Ибн Сино, 2002. - 273 с.
- 10.Барановский А. Ю. Прогнозирование течения, исходов и осложнений язвенной болезни желудка: Автореф. дис.... д-ра. мед. наук. - М., 2008. - 42 с.
- 11.Батиров А. К., Хакимов Д. М., Хужамбердиев И. Р. Активно-выжидательная тактика в хирургии кровоточащих гастродуоденальных язв // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл. - Ташкент, 2003. - С. 20.
- 12.Бекмурадов А. Р. Хирургическое лечение осложненных постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис....канд. мед. наук. – Киев, 2001. - 22 с.
- 13.Березницкий Я. С., Рубан В. М., Спивак В. П. Послеоперационные осложнения и летальность при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хир. - 2004. - № 10. - С. 41-43.
- 14.Блакитко А. Р. Пути снижения летальности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // VIII Всероссийский съезд хирургов: Тез.докл. – Краснодар, 2005. - С. 19-20.
- 15.Богущий З. И. Отдаленные результаты консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Здравоохр. Белоруссии. - 2003. - № 1. - С. 53-55.
- 16.Братусь В. Д., Сидоренко В. М., Федоров Е. А. Геморрагический шок при остром желудочном кровотечении // Клин. хир.- 2009. - № 8. - С. 13-16.
- 17.Братусь В. Д., Фомин П. Д. Федоров Е. А. Диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений // Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях: Тез. докл. Респ. науч. конф. - Киев, 2005.- С. 34-35.

- 18.Брискин Б. С. Лечебная тактика при язвенных кровотечениях // Врач. - 2006. - № 6. - С. 7-10.
- 19.Брюсов П. Г. Определение величины кровопотери в неотложной хирургии // Вест.хир. - 2007. - Т.136, № 6. - С. 122-127.
- 20.Ватагин С. А. Способ ушивания пенетрирующих язв луковицы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2009. - № 9. - С. 144-146.
- 21.Вачев А. Н., Корытцев В.К. Почему пол пациента имеет существенное значение в прогнозировании рецидива язвенного дуоденального кровотечения? // Хирургия. - 2006. - № 11. - С. 24-26.
- 22.Велигоцкий Н. Н., Саарян В. В., Трушин А. С. Комбинированная селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хир. - 2008. - № 3. - С. 3-5.
- 23.Вербицкий В. Г. Желудочно - кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2009. – 48 с.
- 24.Гельфанд И. М., Гринберг А. А. Прогнозирование рецидива кровотечения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки //Вестн. хир.- 2009. - № 4. - С. 21-23.
- 25.Гегечкори Ю. А., Нелюбин А. Ф., Гегечкори З. Ю. Непосредственные результаты хирургического лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений // Вестн.хир. - 2008. - Т.146, № 3. - С. 14-20.
- 26.Гидирим Г. П., Чикала Е. Т., Гуцу В. М. Тактика при желудочно - кишечных кровотечениях в условиях санитарной авиации // Хирургия. - 2010. - № 9. - С. 24-33.
- 27.Гоер Я. В., Тутченко Н. И., Соломко А. В. Радикальное лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки // Клин. хир. - 2011. - № 8. - С. 27-30.
- 28.Горбашко А. И. Острые желудочно - кишечные кровотечения. – Л.: Медицина, 2008. – 114 с.
- 29.Григорьев С. Г., Корытцев В. К. Хирургическая тактика лечения при гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. - 2007. - № 6. - С. 20-22.

30. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – Л.: Медицина, 2009. – 288 с.
31. Дадаев Ш. А., Ташмухамедов М. Н., Турсунметов А. А. Обоснование лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл. - Ташкент, 2003. - С. 25-26.
32. Джамалов Р. М., Струсский Л. П., Садиков Х. Т. Эндоскопическая диагностика и лечение кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта // Хирургия Узбекистана. - 2009. - № 3. - С. 34-38.
33. Евтихов Р. М., Ватагин С. А., Чугуевский В. М. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею // Хирургия. - 2007. - № 4. - С. 22-24.
34. Ермолов А. С., Ватагин С. А., Утешев Н. С. Принципы лечения желудочных и дуоденальных язв, осложненных кровотечением // Экспер. и клин. гастроэнтерол. - 2002. - № 3. - С. 83-85.
35. Ермолов А. С., Утешев Н. С., Тверитнева Л. Ф. Особенность лечебной тактики у больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Тез. докл. - СПб., 2005. - С. 136-137.
36. Ефименко Н. А., Лысенко М. В., Асташов В. Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв, современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия. - 2004. - № 3. - С. 56-61.
37. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Гибадулин Н. В. Выбор хирургической стратегии при желудочно-кишечных язвенных кровотечениях // Вестн. хир. - 2001. - Т. 160, № 2. - С. 18-21.
38. Жидовинов Г. И., Левин В. Ю., Андреев Ю. Г. Хирургическое лечение осложненных желудочных язв // VIII Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. - Краснодар, 2009. - С. 86-87.

- 39.Зайцев В. Т., Бойко В. В., Пеев Б. И. Хирургическое лечение больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением и сопутствующим сахарным диабетом // Клин. хирур.- 2004. - № 9. - С. 17-20.
40. Затевахин И.И. и соавт., 2001; Лещенко И.Г. и соавт., 2000; Ефименко Н.А. и соавт., 2004; Ивашкин В.Т., 2004; Луцевич Э.В. и соавт., 2008; Гостищев В.К. и соавт., 2008; Church N.I. et al., 2006; Sung J., 2006; Zullo A. et al., 2007).
- 40.Затевахин И. И., Щеголев А. А., Титков Б. Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. – М.: Наука, 2001. - 166 с.
- 41.Затевахин И. И., Щеголев А. А., Титков Б. Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: состояние проблемы и реальные перспективы // Рос. мед. жур. - 2008. - № 2. - С. 3-7.
- 42.Зубрицкий В. Ф., Ханевич М. Д., Лебедев Н. И. Рентгеноваскулярный гемостаз в лечении больных желудочно - кишечными кровотечениями // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Тез. докл. - СПб., 2005. - С. 8.
- 43.Калиш Ю. И. Возможности эндоскопической диагностики атипичных гастродуоденальных язв // Хирургия Узбекистана. - 2009. - № 3. - С. 38-42.
- 44.Калиш Ю. И., Торкин А. Э. Кровоточащие постбульбарные язвы // Хирургия. - 2004. - № 4. - С. 46-50.
- 45.Калиш Ю. И., Юлдашев Р. Ш., Озоралиев Г. Б. Тактика и хирургическое лечение атипичных язв желудка, осложненных кровотечением // Хирургия Узбекистана. - 2002. - № 4. - С. 24-27.
- 46.Капралов С. В. Метод верификации предрецидивного синдрома при кровоточащей гастродуоденальной язве // Актуальные проблемы неотложной хирургии органов брюшной полости: Тез. докл. науч.- практ. конф. - Саратов, 2003. - С. 112.

- 47.Каримов Ш. И., Асраров А. А., Бабаханов О. А. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения - 2003»: Тез. докл.- Ташкент, 2003. - С. 44.
- 48.Королев М. П., Быков А. М. Определение показаний к предоперационному переливанию крови у больных с хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Вестн. хир. - 2000. - Т.159, № 4. - С. 74-75.
- 49.Короткевич А. Г., Антонов Ю. А., Лобыкин Ф. И. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении // Эндоскоп. хир. - 2004. - № 4. - С. 42-44.
- 50.Короткевич А. Г., Меньшиков В. Ф. Оперативная эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях: Метод. рекомендации. – Ленинск-Кузнецкий, 2008. – 12 с.
- 51.Королев М. П., Федотов Л. Е., Иванова Н. В. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений // Вестн. хир.- 2009. - Т.158, № 3. - С. 16-20.
- 52.Кукош М. В., Емельянов Н. В., Разумовский Н. К. Выбор метода лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста // VIII Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл.-53.Краснодар, 2005. - С. 146-147.
- 54.Кульчиев А. А., Баранчук В. Н. Некоторые частные вопросы лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений // Вестн. хир. - 2001. - Т.142, № 5. - С. 12-15.
- 55.Курыгин А. А., Скрыбин О. И. Острые кровотечения пищеварительного тракта: Мед. пособие. - СПб.: ВМедА, 2008. – 26 с.
- 56.Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Хирургическое лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений // Вестн. хир. - 2001. - № 2. - С. 100-102.

57. Курыгин А. А., Скрыбин О. И., Наумов Е. В. Применение гемостатического препарата «Капрофера» и двухкомпонентных силиконовых смесей в лечебной эндоскопии: Метод. рекомендации. - СПб: ВМедА, 2008. – 17 с.
58. Лисов А. И., Козлов С. Н., Повч О. А. Причины ранних послеоперационных осложнений в хирургии кровоточащих гастродуоденальных язв // Actualitati in chirurgia toracoabdominala. Rezumatele lucrarilor congresuli al VIII-LEA de chirurgie. Chisinau, 9-11 octombrie. - 2007. - P. 153-155.
59. (Лобанков В.М. и соавт., 2000).
59. Лосев Р. З., Чирков Ю. В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестн. хир. - 2006. - № 6. - С. 28-31.
60. Лукасевич И. И. Прогнозирование течения и хирургическое лечение кровоточащих язв желудка с учетом показателей гастродуоденального кровотока: Автореф. Дис. канд. мед. наук. - М., 2005. – 20 с.
61. Майстренко Н. А. Мовчан К. Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. - СПб.: Гиппократ, 2000. – 357 с.
62. Мамчич В. И., Гвоздяк Н. Н. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. - 2007. - № 9. - С. 12-14.
63. Мартиросов Ю. К. Хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2007. - № 6. - С. 73-75.
64. Мидленко В. И., Белоногов Н. И., Смолькина А. В. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. - 2005. - № 10. - С. 64-67.
65. Мирошников Б. И., Чечурин Н. С. Язвенное гастродуоденальное кровотечение у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями // Вестн. хир. - 2000. - Т.159, № 1. - С. 106-109.
66. Митов А., Виакши И., Ярумов Н. Вурху ниакон современни аспекти на диагностиката при стомашно-дуоденалните кровотечения от язвеного происхождения // Хирургия. - 2003. - Т.46, № 3. - С. 23-26.

- 67.Назиров Ф. Н. Обоснование выбора способа хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. д-ра мед. наук. - М., 2009. – 320 с.
- 68.Назиров Ф. Н., Саламов Т. С., Абдуллаев Ч. Г. Хирургическая тактика при язвенном кровотечении у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями // Хирургия Узбекистана. - 2006. - № 1. - С. 77-78.
- 69.Наумов Е. В. Применение двухкомпонентных силиконовых смесей для остановки желудочно-кишечных кровотечений: Автореф. Дис. канд. мед. наук. - СПб., 2008. – 22 с.
- 70.Никитин Н. А. Трудная дуоденальная культя в экстренной хирургии дуоденальной язвы // Хирургия. - 2001. - № 5. - С. 36-39.
- 71.Никишаев В. И., Головин С. Г., Козлов С. Н. Клинико-эндоскопические результаты оперативного лечения кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений: Тез. докл. Респ. науч. конф. - Киев, 2005. - С. 48-49.
- 72.Оганесян С. С., Апоян В. Т., Чалтыкян Г. В. Роль эндоскопической склеротерапии этоксисклеролом в выборе дифференциальной лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Эндоскоп. хир. - 2002. - № 1. - С. 9-15.
- 73.Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 2000. - № 3. - С. 21 - 23.
- 74.Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Федоров Е. Д. Роль оперативной эндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений // Мед. помощь. - 2005. - № 4. - С. 14-17.
- 75.Петров В. П., Ерюхин И. А., Шемякин И. С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. - М.: Медицина, 2007. – 220 с.
- 76.Петров В. П., Шемякин И. С., Курицын А. Н. О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Вестн. хир.- 2010. - Т.145, № 9. - С. 120-122.

- 77.Подшивалов В. Ю. Улучшение визуализации - реальный путь повышения эффективности эндоскопии при продолжающихся гастродуоденальных кровотечениях // Вестн. хир. - 2006. - № 1. - С. 23-25.
- 78.Полинкевич Б. С., Шевченко А.В Ключевые аспекты хирургического лечения больных пилородуоденальной язвой // Актуальные проблемы неотложной хирургии органов брюшной полости: Тез. докл. – Киев, 2006. - С. 26 - 28.
- 79.Протасов А. А., Соловейчик А. С., Цвилых С. М. Диагностические и хирургические аспекты язвенных гастродуоденальных кровотечений // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита. Тез. докл. - СПб., 2005. - С. 133-134.
- 80.Репин В. И., Вазгомент А. О. Хирургическое лечение хронической язвы ДПК, осложненной кровотечением // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Тез. докл. - СПб., 2005. - С. 133-134.
- 81.Ручкин В. И., Стышнова В. Б. Лечение зантаком кровоточащих язв ДПК // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2007. -№ 3. - С. 207.
- 82.Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. - 2005. - № 3. - С. 27-29.
- 83.Рычагов Г. П., Фурсова Е. П. Прогнозирование течения язвенной болезни ДПК // Материалы научной сессии, посвященной 25 - летию юбилея Таджикского института гастроэнтерологии. – Душанбе, 2005. - С. 184-186.
- 84.Савельев В. С. 50 лекций по хирургии. – М.: Медиа–Медика, 2003. – 408 с.
- 85.Савченко В. П., Савченко Т. В. Терапия критических состояний - стратегия и тактика // Хирургия. - 2004. - № 2. - С. 17-19.
- 86.Сардия Д. Г., Волков С. В, Круглов В. Ф. Эндоскопическая остановка гастродуоденальных кровотечений с использованием адреналина // VI
- 87.Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Тез докл. – М., 2002.- С. 359-360.

88. Синченко Г. И., Селиванов Е. А., Мусинов И. М. Состояние системы гемостаза при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях // Вестн. хир.- 2006. - № 2. - С. 15-19.
89. Совцов С. А., Кушниренко О. Ю., Подшивалов В. Ю. Принципы медицинского лечения больных с желудочно-кишечными язвенными кровотечениями // Хирургия. - 2001. - № 12. - С. 63-64.
90. Станулис А. И., Кузиев Р. Е., Гольдберг А. П. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. - 2001. - № 6. - С. 17-21.
91. Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. - 2002. - № 8. - С. 32-35.
92. Стяжкин У. Н. Применение аргоноплазменной коагуляции при кровотечениях из желудочно-кишечных кровотечениях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 20 с.
93. Тверитнева Л. Ф., Ермолов А. С., Утешев Н. С. Лечение гастродуоденальных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи // Хирургия. - 2003. - № 5. - С. 25-30.
94. Топузов Э. Г., Плотников Ю. В., Бардаханов Ю. В. Острое кровотечение из хронической язвы ДПК у больных пожилого и старческого возраста // VIII Всероссийский съезд хирургов: Тез. докл. - Краснодар, 2005. - С. 279-281.
95. Трунин М. А., Плотников Ю. В., Сохор А. Я. Экстренная эндоскопия при хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 24.
96. Тутченко Н. И., Гоер Я. В., Соломко А. В. Пилоровосстанавливающие операции при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. хир.- 2001. - № 8. - С. 19-21.
97. Фищенко А. Я., Кулибаба С. С., Шевня П. С. Хирургическая тактика при остром желудочно-кишечном кровотечении // Клин. хир.- 2002. - № 4. - С. 27-29.

- 98.Фомин П. Д., Никишаев В. И., Запорожан С. И. Рецидивы язвы после ваготомии // Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений: Тез. докл. Респ. науч. конф. - Киев, 2005. - С. 61-62.
- 99.Фомин П. Д., Федоров Е. А., Бельский А. Б. Обоснование хирургической тактики при лечении острокровоточащих гастродуоденальных язв // Actualitati in chirurgia toracoabdominala. Rezumatele lucrarilor congresuli al VIII-LEA de chirurgie. Chisinau, 9-11 octombrie. - 2007. - P. 121-122.
- 100.Фомин П. Д., Шепетько Е. М., Федоров Е. А. Клинико-эндоскопические критерии обоснования хирургической тактики при кровоточащих пилородуоденальных язвах // Актуальные проблемы неотложной хирургии органов брюшной полости и урогенитального тракта: Тез. докл. Респ. науч. конф. - Киев, 2006. - С. 35-36.
101. Lim CH, Vani D, Shah SG, Everett SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. Endoscopy 2006;38:581-5.
102. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. Am J Gastroenterol 2002;97:2540-9.
103. Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. Am J Gastroenterol 2004;99:1238-46.
104. Targownik LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003. Clin Gastroenterol Hepatol 2006;4:1459-66. [Erratum, Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:403.]

105. Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945–53.
106. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:914–20.
107. Viviane A, Alan BN. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value Health* 2008;11: 1–3.
108. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717–27.
109. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002;51:Suppl 4:iv1–iv6.
110. Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004;59:172–8.
111. Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *N Engl J Med* 1999;340: 409–17. [Erratum, *N Engl J Med* 1999;340:1056.]
112. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004;99:619–22.
113. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, Cook EF, Lee TH. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1998;93:336–40.
114. Lee SD, Kearney DJ. A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:861–5.
115. Jensen DM, Kovacs TO, Jutabha R, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology* 2002;123:407–13.

116. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper–gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356:1318–21.
117. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316–21.
118. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Boelle PY, Becquemont L, Poupon R. Erythromycin infusion prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double–blind trial. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1211–5.
119. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843–57.
120. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* 2004;60:85–93.
121. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2007;167:265–70.

