

3. Крылов А.А., Ионин М.Л., Киреева О.В. Симптоматические язвы и желудочные кровотечения при сахарном диабете // Клин. мед.- 1983.- № 4.- с. 62-64.

4. Нишанов Ф. Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом. Автореф. дисс. ... докт. мед наук.- Харьков. - 1987. - 42 с.

5. Хаджибаев А.М. и др. Резекция желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией в первичной и реконструктивной хирургии гастроуденальных язв // Хирург.-2005.-№ 1.-с. 25-28.

6. Heppell J., Bess M.A. Surgical treatment of recurrent peptic ulcer disease//Ann.Surgery.- 1983.-v. 1.- p.1-4.

7. Kurata J.H., Honda G.V. Hospitalization and mortality rates for peptic ulcers// Gastroenterol.- 1989.-v. 5.- p. 1008-1016.

ХУЛОСА

ФАРГОНА ВОДИЙСИ АХОЛИСИДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАҚДА ЯРАНИНИ УЧРАШИ

Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф., Рустамов Ж.А., Ходжиметов Д.Ш., Гафуров У.А.,
Рахмонов Б.Б.

Академик В.В.Вахидов номидаги РИХМ (Тошкент)

Андижон Давлат тиббиёт институти (Андижон)

Муалифлар Фаргона водийси ахолисида яра касаллигини ўзига хослиги ва тарқалишини тахлил қилишади. Маълумотларга кўра яра касаллигини келиб чиқишини хар хил даврда ўрганиш ушбу муаммони долзарблигини белгилайди.

SUMMARY

ESPECIALLY GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN THE FERGANA VALLEY RESIDENTS

Nazyrov F.G, Nishanov M.F, Rustamov E.A, Hodzhimatov D.Sh., Gafurov U.A,
Rakhmanov B.B

RSCS named after academician V.V.Vahidova (Tashkent)

Andijan State Medical Institute (Andijan)

The authors analyze the data the prevalence of gastric ulcer and duodenal ulcer in the Fergana valley. Brief lead in the incidence of peptic ulcer disease in the US, in Europe, in the CIS countries. Study different periods of stomach ulcers and duodenal ulcers determine the relevance of this problem.

УДК: 616.36-002.951.21-089

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ

Нишанов М.Ф., Бозоров Н.Э., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Ибрагимов М.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: язва, диета, блокаторы, хеликобактер пилори.

Язвенная болезнь (пептическая язва) (ЯБ)- сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), в подавляющем большинстве случаев инфекционного происхождения, с формированием локального повреждения (язва) слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала, возникающего как ответ на нарушения нейрогуморальной регуляции этих органов, приводящей к повышению местных факторов «агрессии», над «защитными» [1,2,4,6,7].

В экономически развитых странах (США, страны западной Европы) ЯБ наблюдается до 10% взрослого населения. Количество операций по поводу осложнений ЯБ 10-12 на 100000 населения в год. Поэтому активное выявление и своевременная полноценная

фармакотерапия ЯБ актуально не только в медицинском, но и в социальном аспекте. Ежегодно в США экономический ущерб, расходуемый для лечения больных ЯБ достигает до 4-5 млрд. долларов [5,8,9].

В настоящее время фармакотерапия язвенной болезни базируется на положении о том, что принципиальных различий в лечении язв желудка и ДПК нет. Это связано с признанием важности кислотно-пептической агрессии и *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) в генезе язвенной болезни. Даже при низкой кислотности у больных ЯБ желудка на фоне атрофии слизистой оболочки, имеющееся небольшое количество соляной кислоты является очень агрессивным фактором. Отсюда становится понятным, почему язвы желудка и ДПК рубцуются, если в течение суток удастся удержать рН в желудке на уровне 3- 3,5 около 18 часов, пепсиноген не превращается в активный пепсин [3,10].

Поэтому основными направлениями лечения язвенной болезни являются снижение кислото-продукции и санация слизистой оболочки от *H.pylori*. На это направлены диета- и фармакотерапия.

Метод консервативной терапии и диетические рекомендации. Требования к диетическому питанию- частое (5-6 раз) дробное питание, что позволяет удлинить периоды оптимального рН в желудке; механически, термически, химически щадящая диета, уменьшающее сокогонное действие пищи; употребление продуктов, обладающих буферным (связывающим) действием.

Этиотропная терапия проводится больным, у которых доказано наличие в слизистой оболочке антрального отдела *H.pylori*. Для этого используются комбинации лекарственных средств (Маастрихтский консенсус I,II,III,IV):

1. Омепразол 20 мг x 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 250 мг x 2 раза + метронидазол 500 мг x 2 раза после еды.

2. Омепразол 20 мг x 2 раза до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + де-нол 120 мг x 3 раза до еды и 1 раз на ночь + метронидазол 250 мг x 4 раза после еды + тетрациклин 500 мг x 4 раза после еды.

3. Омепразол 20 мг x 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 500 мг x 2 раза + амоксициллин 1000 мг x 2 раза в день.

После элиминации *H.pylori* из слизистой оболочки в течение 5-7 недель проводится патогенетическая терапия.

Патогенетическая терапия включает диету и фармакотерапию, направленную на основные факторы патогенеза язвенной болезни.

Снижение кислотно-пептической агрессии при ЯБ осуществляется применением современных мощных антисекреторных препаратов – ингибиторов протонной помпы в дозе: рабепразол (париет) – 20 мг, омепразол – 20 мг, эзомепразол (нексиум) – 40 мг, лансопразол – 30 мг, пантопразол – 40 мг – 1 раз в сутки или в половинных дозах 2 раза в сутки.

С этой же целью применяют в 20⁰⁰ блокаторы H₂-рецепторов гистамина: ранитидин – 300 мг, или фамотидин (квamatел) – 40 мг (эти препараты можно применять раз в день в половинных дозах).

Блокаторы протонной помпы принятые в 15⁰⁰ и блокаторы H₂-рецепторов гистамина в 20⁰⁰ подавляют ночную кислотопродукцию. Длительное применение блокаторов протонной помпы в виде монотерапии не рекомендуются, т.к. это может с одной стороны привести при уменьшении кислотопродукции к компенсаторному увеличению гастрин-продуцирующих клеток и увеличению секреции желудочного сока, а с другой – к транслокации *H.pylori* из антрального отдела в тело желудка.

Поэтому важно знать, что снизить интрагастральную и интрадуоденальную концентрацию H⁺ в дневное время можно приемом пищи и антацидов, а не блокаторов, принятых 1 раз в сутки.

Рекомендуется применять преимущественно не всасывающиеся антациды в виде гелей. Наиболее широкое применение получили препараты маалокс, имеющий в своем составе гидроокись алюминия и магния и фосфалюгель, содержащий фосфат алюминия. Их рекомендуется принимать через 1-1,5 часа после еды 3-4 раза в день и перед сном. Важно, что алюминий, содержащий антацид, обладает еще и цитопротективным действием.

При язвенной болезни желудка широко применяются цитопротекторы – сукральфат и препараты коллоидного висмута (де-нол, вентрикол). Сукральфат (венгер) – сульфатизированный дисахарид с гидроокисью алюминия образует прочный химический комплекс на поверхности язвы, связывает пепсин, желчные кислоты, изолецитин, повышает содержание простагландинов. Его назначают по 1-4 раза в сутки за 1 час до еды и перед сном.

Де-нол образует на поверхности язвы белково-висмутовую пленку, стимулирует слизеобразование, адсорбирует пепсин, повышает уровень простагландинов, угнетает жизнедеятельность *H. pylori*. Его назначают по 2 таблетки 2 раза в день утром и вечером за 30 минут до еды в течение месяца. Он не применяется с антацидами, которые снижают его активность.

Цитопротективным и антисекреторным действием обладают синтетические простагландины. Они улучшают также и кровоток. Сайтотек (мизопростил), представитель этой группы, применяют по 0,2 мг 3-4 раза в день.

При нарушении моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны используют прокинетики мотилиум по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день за 15-20 минут до еды.

Нарушения кровообращения и микроциркуляции необходимо коррегировать ангиопротекторами (трентал, тиклид, продектин).

Важнейшей задачей ведения больных ЯБ является профилактическое лечение. Для профилактики обострений ЯБ рекомендуются следующие виды терапии:

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) терапия современным антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, ранитидин по 150 мг на ночь или фамотидин 20 мг ежедневно. Показаниями к такому виду терапии являются неэффективность эрадикационной терапии *H. pylori*, осложненное течение ЯБ, необходимость приема нестероидных противовоспалительных средств, сопутствующий рефлюкс-эзофагит, больные старше 60 лет с ежегодными обострениями.

2. Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе 2 недели. Если нет положительного эффекта, проводится гастродуоденоскопия и при обнаружении язвы – адекватная терапия обострения.

Использование вышеуказанной фармакотерапии и диеты уменьшило плановые операции по поводу ЯБДПК на 3-4 раза. Если в 80-90 гг. выполняли 240-250 операции по поводу ЯБ желудка и ДПК в год, а в настоящее время (2014) было выполнено 56 операций по поводу ЯБ желудка и ДПК.

Выводы.

1. В связи с развитием фармакотерапии отмечается резкое снижение хирургических вмешательств по поводу ЯБ желудка и ДПК.

2. Противоязвенная терапия занимает важное место при неосложненных язвах желудка и ДПК. Требования, которые к ней предъявляются, должны предусматривать высокую эффективность, достижение быстрого клинического эффекта, минимальное количество препаратов противоязвенного действия с отсутствием побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Беликов В.В., Артюхов А.С. О совокупности социальных факторов в возникновении, течении и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Мед.-соц. эксперт. и реабилит.- 2000. - № 1. - с. 34-36.
- 2.Бутов М.А. Нарушения психовегетативного статуса, дезадаптация, инфекционный фактор в патогенезе язвенной болезни гастродуоденальной зоны и их коррекция. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.- Рязань.- 2001. - 36 с.
- 3.Васильев Ю.В. Болезни органов пищеварения. Блокаторы H2-рецепторов гистамина М.: Дубль Фрейг.- 2002. - 93 с.
- 4.Васильев Ю.В., Морозов И.А. Избранные главы клинической гастроэнтерологии: сб. тр. М.: Анахарсис.- 2005.-464 с.
- 5.Ильина Е.А. Патогенетические особенности язвенной болезни при обострении и ремиссии: клиничко-эндоскопические, морфологические и иммунологические аспекты.- Автореф. дисс. . канд. мед. наук. –Самара.- 2005.-24 с.
- 6.Кузин М.И. Хирургические болезни. Учебное пособие.-М.-Медицина.- 2005.- 628 с.
- 7.Седов В.М. Хирургические болезни. Учебное пособие.-СПб М.-Медицина.- 2008.-г.І.- 271 с.
- 8.Heppell J., Bess M.A. Surgical treatment of recurrent peptic ulcer disease//Ann.Surgery.- 1983.-v. 1.- p.1-4.
- 9.Kurata J.H., Honda G.B. Hospitalization and mortality rates for peptic ulcers//Gastroenterol.-1983.-v. 5. - p. 1008-1016.
- 10.Kumar S. et al. Prevalence of Helicobacter pylori in patients with perforated duodenal ulcer // U. Trop. Gastroenterol.- 2004. – v. 25.- N 3. – p. 121-124.

ХУЛОСА

ЖАРРОХЛИК ШИФОХОНАЛАРИДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИ МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЕНДОШИШ

Нишанов М.Ф., Бозоров Н.Э., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Ибрагимов М.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Муалифлар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини медикаментоз даволаш усулларини тахлил қилишади.

Муалифлар шуни тахлил қилишадики, асоратланмаган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликларида ярага қарши медикаментоз даволаш муҳим аҳамиятига эга. Унга берилган талабларга биноан, юқори иш фаолиятини таъминлаш, ярага қарши ишлатиладиган ножўя таъсирсиз дори воситалардан минимал фойдаланган ҳолда тез клиник таъсирга эришиш керак.

SUMMARY

THE MODERN VIEW ON DRUG TREATMENT OF GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN THE SURGICAL CLINIC

Nishanov M.F., Bozorov N.E., Abdullazhon B.R., Otakuziev A.Z., Ibragimov M.N.

Andijan State Medical Institute

The authors analyze the data and methods of medical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer.

The authors conclude that, antiulcer therapy occupies an important place in the case of complicated ulcers of the stomach and duodenum. Demands made upon it, must provide high performance, achieve rapid clinical effect of a minimum number of products antiulcer action with no side effects.

ХУЛОСА

Муаллифлар АДТИ хирургик касалликлар кафедрасининг клиник базасида ўткир тошли холецистит хасталиги билан стационар даволанган 964 нафар беморларни текширув ва хирургик даволаш натижаларини таҳлил этдилар. Беморлар икки гуруҳга бўлинган (назорат гуруҳи 1990 йилдан 1995 йилгача бўлган даврдаги ретроспектив маълумотлардан 592 нафар беморлар ва асосий гуруҳ – 2013-2014 йилларда стационар даволанган 372 нафар беморлар). Гуруҳларни бундай бўлиниши даволашга ҳар хил ёндашув ва муолажаларни такомиллаштириши билан боғлиқ.

Муаллифлар фикрича, таклиф этилган усул асосий гуруҳдаги ўткир тошли холецистит билан хастланган беморларнинг хирургик даволаш натижаларини яхшилади. Ишлаб чиқилган минилапаротомия усулини лазеротерапия билан бирга қўлланилганда ташрих жарохати билан боғлиқ асоратларни 14,6% дан 6,0% гача, ташрих шикасти даражасини ва ташрихдан кейинги эрта асоратларни 28,1% дан 10,7 % гача, ўлим кўрсаткичини 3,6% дан 1,4% гача камайтирди.

SUMMARY

The authors analyze the results of observation and surgical treatment 964 patients with acute calculus cholecystitis who were treated in the in-patient department of surgery department of the ASMI clinic. They were divided into 2 groups (control – 592 patients from retrospective data of the 1990-1995 period and main – 372 in-patient department patients of 2013-2014 period). Such division was made in terms of different approach to the treatment depending on remedial measures improvement.

The authors make conclusion that the suggested tactics in the main group let improve the results of surgical treatment of patients with acute calculus cholecystitis. So, the method of minilaparotomic access in combination with laser therapy let us minimize wound complications from 14,6% to 6,0%; reduce traumatism and rate of early postoperative complications from 28,1% to 10,7% and lethality – from 3,6% to 1,4%.

УДК: 616.342 – 002.44 - 089

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

(Обзор литературы)

Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Нишанов М.Ф., Гафуров У.А., Отакузиев А.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: дуоденум, язва, кровотечение

Актуальность. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает сохранять лидирующее место в структуре заболеваний органов брюшной полости, поражая около 10% населения. При этом доля больных язвенной болезнью, нуждающихся в оперативном лечении, оценивается в 20-30% [3,9]

При высокой эффективности современного консервативного лечения ЯБ гастродуоденальное кровотечение (ГДК) остается в числе частых осложнений до 15-20% и поэтому продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии [5,10,14].

Проблемы острых дуоденальных кровотечений являются наиболее грозными осложнениями язвенной болезни. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии - реаниматологии, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при этом заболевании. По данным литературы последних лет летальность при кровоточащих язвах составляет 10-14%, а при кровотечениях из «низких» дуоденальных язв до 20-30%. В то же время следует отметить, что послеоперационные осложнения и летальность при рецидиве острых дуоденальных кровотечений возрастают в 1,5-2 раза [3,4,9,11,16,19].

Несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств, число осложнений язвенной болезни в последние годы не имеет тенденции к снижению. Более того, за последние 15 лет произошли и качественные изменения в структуре осложнений, вместо пилородуоденального стеноза отмечен существенный рост числа дуоденальных кровотечений [1,2,5,7,8,9,13,19].

Кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки составляют 35% -53% всех острых гастроинтестинальных кровотечений и занимают первое место в структуре смертности от язвенной болезни, намного превышая по этому показателю перфоративную язву [2,3,10,12,17].

Первым обобщающим трудом по этой проблеме являются «Академические чтения о хронических болезнях» Фёдора Удена (1816). В 1825 г. Крювелье описал патологоанатомическую картину «История причин возникновения простой язвы окутана глубоким мраком...» и симптомы язвы желудка. Развитие желудочной хирургии (В.А.Басов, 1842; T.Bilrot, 1810; Rydygier, 1881 и др.) послужило основанием для первых попыток остановить профузное кровотечение оперативным путём. D.Th.Merret (20 летний студент Гессенского университета) в 1810 году в эксперименте у 4 собак удалил пилорический отдел желудка и наложил гастродуоденоанастомоз без всяких последствий. Так в 1880 году Eiselsberg впервые выполнил оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении из язвы желудка. Была иссечена кровоточащая язва и ушито образовавшееся отверстие. Хотя эта операция имела неблагоприятный исход, ее следует считать началом нового периода в лечении острых ЖКК. Эта идея была поддержана Rydygier (1881), определившим показания к РЖ, среди которых были стеноз привратника, рак желудка и кровотечение из язвы (цит. из монографии Горбашко А.И., 1974).

В литературе подход различных авторов к выбору тактики и метода лечения больных хронической язвы ДПК, осложненной кровотечением неоднозначен, большое значение имеет степень кровотечения. Так, Алексеенко С.Н. с соавт. (2005) в своей работе использовал классификацию В.Г.Вибрицкого (2004). Автор тяжесть кровопотери оценивал на основании клинико-лабораторных данных и делил на 4 степени тяжести:

- 1 степень (легкая степень кровопотери),
- 2 степень (кровопотеря средней тяжести),
- 3 степень (тяжелая кровопотеря) и
- 4 степень (крайне тяжелая кровопотеря).

В настоящее время хирургами накоплен значительный опыт эндоскопической оценки интенсивности продолжающегося кровотечения, осуществить его остановку, а также проводить контроль гемостаза, придерживаясь эндоскопической классификации J. Fogrest (1987), которая более точно представляет морфологическую картину ЯГДК. При лечебной эндоскопии для остановки кровотечения может быть применен ряд методов: обкалывание его различными кровоостанавливающими медикаментами, орошением источника кровотечения хлорэтилом, применение аппликаций пленкообразующими полимерами, успешно используется метод лазерной фотокоагуляции кровоточащих дефектов слизистой оболочки, эндоскопическая моно- или биполярная диатермокоагуляция и эндоскопическое клипирование.

По данным О.Н. Скрыбина и соавт. (1997), Н.Н. Крылова (2001), Е.И. Вовка (2003), В.П. Харченко и соавт.(2003), Н.А. Ефименко и соавт. (2004); А.М. Хаджибаева и соавт. (2005) эндоскопические методы остановки кровотечения в сочетании с медикаментозной и гемостатической терапией в настоящее время эффективны в 70%-95% наблюдений, а рецидивы кровотечения возникают в среднем у 5% - 30% больных. Однако, Р.З. Лосев и соавт.(1996), И.И. Затевахин и соавт.(1997), А.А. Курыгин и соавт.(1998) неоперативные методики гемостаза рассматривали как временный этап подготовки пациента к операции в более благоприятных условиях.

M.Z. Panos et al. (1993), С.А. Совцов и соавт.(2001), А.С. Балалыкин и соавт. (2002) отмечали, что высокая частота рецидивов кровотечений и неудач гемостаза, диктует необходимость активной хирургической тактики - проведение экстренных и отсроченных операций, результаты которых значительно лучше, чем при рецидивных кровотечениях (летальность составила 2,6%-5%).

По мнению Г.К. Жерлова и соавт. (2001) внедрение в широкую клиническую практику современной эндоскопической техники, позволяющей проводить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, появление новых поколений противоязвенных и гемостатических средств, совершенствование методов консервативного лечения пациентов с язвенной болезнью склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. По данным А.А. Крылова и соавт.(2001), С.А. Совцова и соавт.(2001) при активно-выжидательной тактике летальность составила 17,8% - 29%.

Острые дуоденальные кровотечения являются наиболее грозными осложнениями язвенной болезни. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии - реаниматологии, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению.

Установлено, что одной из причин развития острых дуоденальных кровотечений язвенного генеза, является нарушение гемостаза в тканях желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что при «низких» дуоденальных язвах наблюдается более частое развитие тяжелых профузных кровотечений, что при этом эффективность консервативных и эндоскопических методов гемостаза являются низкими. Доказана высокая эффективность эндоскопического гемостаза при дуоденальных кровотечениях из язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Разработаны прогностические критерии риска развития кровотечений и показания к срочной операции.

Историческая справка, современное состояние проблемы хирургического лечения при дуоденальных язвах.

Первую успешную операцию при ЯБ, осложненной профузным кровотечением, выполнил в 1882 году Van Kleef. Он произвел 16-летнему юноше резекцию пилорического отдела желудка с иссечением кровоточащей язвы (цит. из монографии Розанов Б.С., 1960). В 1886 году Nacker также успешно выполнил клиновидное иссечение кровоточащей язвы и рекомендовал этот тип вмешательства у ослабленных больных (цит. из монографии Братусь В.Д., 1971). Однако, большинство попыток хирургического лечения дуоденальных кровотечений в то время заканчивались неблагоприятными исходами.

Mikulicz в 1888 году предложил выполнять при кровоточащих язвах задней стенки желудка, а также при других трудных локализациях – гастротомию, прижигание язвы и пилоропластику. Хотя и эта операция, выполненная у 70-летней женщины, закончилась неблагоприятным исходом, однако она также вошла в арсенал хирургических вмешательств, применяемых при острых дуоденальных кровотечениях (Mikulicz Y., 1888). Эти операции легли в основу и современных органосохраняющих методов хирургического лечения ЯБ, осложненной кровотечением, дополненных современными методами ваготомии.

На VI съезде российский хирургов, с докладом «о кровотечении и перфорациях желудка» выступил О.А.Юцевич и подверг эти вопросы специальному обсуждению. При этом И.К.Спижарный высказался за срочное оперативное вмешательство, однако, отдавалось предпочтение паллиативным методам, в виде прижигания язвы и наложения ГЭА.

XXXV съезд немецких хирургов в том же году также обсуждал вопросы острых желудочных и дуоденальных кровотечений. Однако, выступивший с основным докладом Kronlein предложил производить оперативное вмешательство лишь после остановки профузного кровотечения и выведения больного из тяжелого состояния. Срочная операция на высоте кровотечения из-за высокой летальности не рекомендовалась.

Такие сдержанные рекомендации обоих съездов объяснялись тем, что ни отечественные, ни западноевропейские хирурги в то время не имели еще какого-либо значительного опыта в хирургии язвенных кровотечений, а результаты первых попыток хирургического лечения были малоуспешными.

Взгляды хирургов на выбор способа оперативного вмешательства у больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, разноречивы. Ю.К. Мартиросов (1997), С.Г. Григорьев и соавт. (1999), В.Н. Чернов и соавт. (1999) считают, что единственно радикальным способом лечения больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением является резекция желудка.

подавляющее число хирургов при лечении больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением считают обязательным выполнение ваготомии [10,12].

Вопросы показаний к оперативному лечению язвенных ГДК продолжают дискутироваться. Основным критерием выбора консервативной или хирургической тактики при язвенном ГДК являются тяжесть кровопотери, результаты эндоскопического гемостаза, степень риска анестезии и операции. Основная задача операции при язвенном ГДК – спасение жизни больного и по возможности излечение его от ЯБ [12,19].

Летальность при этом заболевании по данным литературы последних лет при острых дуоденальных кровотечениях составляет 10-14%, а при кровотечениях из «низких» дуоденальных язв до 20-30%. В то же время следует отмечать, что послеоперационные осложнения и летальность при рецидиве острых дуоденальных кровотечениях возрастают в 1,5-2 раза [11,14,18].

Более того, за последние годы произошли и качественные изменения в структуре оперативных вмешательств, при дуоденальных кровотечениях. В частности, число кровотечений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки за последние 15 лет возросло с 15 до 30%. Отмечено преобладание в этой структуре числа мужчин над женщинами, правда, с незначительным уменьшением этого соотношения в старших возрастных группах [2,3,7,10,12,15].

Уровень летальности при хирургическом лечении больных с ЯДК даже в лучших клиниках, остается в пределах 10%.

Казалось что, подлинный переворот в улучшении результатов лечения больных с дуоденальным кровотечением должен был произойти в связи с широким внедрением в клиническую практику фиброгастродуоденоскопии.

Последнее позволило хирургам перейти от активной и активно-выжидательной к активно-индивидуализированной тактике, которая основывается на данных ФГДС. Однако до настоящего времени нет единого мнения при определении критериев устойчивого или неустойчивого гемостаза и как следствие определение риска рецидива кровотечения основополагающего понятия, определяющего тактические решения. Возникает необходимость в поисках более совершенных методик и установления критериев, направленных на формирование устойчивого местного гемостаза [3,6,10,18,20].

Современные методы гемостатической терапии к применению эффективных антисекреторных (H_2 - блокаторы, блокаторы протонной помпы) и антихеликобактерных средств, позволяют многим хирургам надеяться на исключительно консервативный вариант гемостаза и передачу данной категории больных на лечение в терапевтические клиники. Однако, возникновение рецидива язвенного кровотечения у 12-35% больных с луковицей локализацией и более чем у 40% больных, при «низкой» постбульбарной язве делают такие надежды весьма призрачными [1,4,13].

Таким образом, критический анализ зарубежной и отечественной литературы показали, исследования, посвященные хирургическому лечению ЯБДПК многочисленны, однако высокая летальность и послеоперационные результаты удовлетворяют не до конца. На

сегодняшний день существуют перспективы улучшения результатов хирургического лечения язвенных дуоденальных кровотечений. Прежде всего, это разработка доступного для практических хирургов критериев по прогнозированию вероятности рецидива кровотечения с одновременным определением степени риска того или иного оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М., Мизгина Е.А. Helicobacter pylori в кровотечении из пептических язв// Анн. хирург. -2004. -№ 1.-с. 19-22.
2. Асадов С.А. Хирургическое лечение "трудных" и осложненных гастродуоденальных язв // Хирург.- 2002. - №11. - с. 63 - 65.
3. Асташов В.Л. Хирургическое лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением: ближайшие и отдаленные результаты// Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 2003. - №5 (13). - 18 с.
4. Будашев В.П. Прогнозирование кровотечения при язвенной болезни гастродуоденальной зоны// Бюлл. ВСНЦ СО РАМН.- 2005. - №3.- с.286-287.
5. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). Автореф. дисс... д-ра мед. наук. Ст-Петербург.- 1999. - 36 с.
6. Вовк Е.И. Фармакотерапия кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Русс. мед. журн.- 2003. - т.5.- № 1. - с. 1 -5.
7. Галлингер Ю.И. Диагностическая и лечебная эндоскопия при гастродуоденальных кровотечениях после операций на сердце и аорте// Эндоскоп. хирург.- 2004. - №6. - с. 39 - 43.
8. Гостищев В. К. Рецидив острого гастродуоденального язвенного кровотечения// Хирург.- 2003. - №7. - с. 43 - 49.
9. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения// Хирург. -2004. - № 3. - с. 56-60.
10. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Гибадулин Н.В. и др. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях// Вестн. хирург.- 2001. - №2. - с. 18-22.
11. Короткевич, А.Г. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении// Эндоскоп. хирург. -2004.- №4.-с. 41 -44.
12. Курыгин А.А. Принципы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений// СПб.: ВМедА.- 1992.- 57 с.
13. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. под ред. В.С. Савельева . М.: Медиа Медика.- 2003. - с. 260 - 263.
14. Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков В.К. и др. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе// Хирург. - 1999. - № 6. - с. 23-24.
15. Cadiere J.B., Bruyns J., Verroken R. et al. Laparoscopic treatment of perforated gastric ulcers // World Congress of gastroenterology. Los Angeles, California. Hollywood. - 1994. - Abstr. 2. - № 3070 p.
16. Curley P., Ambrose N.S. Management of perforated peptic ulcer in a Single Teaching hospital // World Congress of gastroenterology. Los Angeles, California. Hollywood. - 1994. - Abstr. 2. - № 1313 p.
17. Filaretova J.P. Stress-induced gastric ulceration: antiulcerogenic action of glucocorticoids // 10-th Congress of gastroenterology. Abstr. 2. Los Angeles, California. - Hollywood. - 1994. - 1972 p.
18. Kantorova J., Svoboda P., Ochmann J. Stress ulcer after "major surgery" // 10-th World Congress of gastroenterology. Abstr. 2. Los Angeles, California. - Hollywood. - 1994. - № 1317 p.

19. Pospoi D. P. op A., Oproiu A. Does an ancien method of gastric secretion measuriment bring us new information ? // World Congress of gastroenterology. - Los Angeles, California. - Hollywood. - 1994. - № 1327 p.

20. Wojcik L., Szczygiel B. Powiclania i przyczyny zgonow u chorych na ostre zapalenie trzustki // Pol. Przegl. chir.- 1989. - v. 61. -№ 7. - S. 552-559.

ХУЛОСА

Муаллифлар яра генезли дуоденал қон кетишларда хирургик тактика йўналишидаги адабиётлар маълумотларини таҳлил қилдилар.

Клиник жаррохликнинг, диагностика ва даволашда эндоскопик усулларнинг, анестезиология-реаниматологиянинг ютуқлари, ярага қарши дори воситаларининг арсеналини кенгайтишига қарамай ўлим кўрсаткичларини камайтишига олиб келмади. Охириги йиллар адабиётлари маълумотларига кўра қоняётган яраларда ўлим холати 10-14% ни, “пастки” дуоденал яралардан қон кетиш эса 20-30% гача ташкил этади. Шу билан бирга қайд этиш керакки, ташрихдан кейинги асоратлар ва ўткир дуоденал қон кетишларнинг қайталанишидаги ўлим 1,5-2 мартагача ошмоқда.

Муаллифлар адабиётлар маълумотларининг таҳлилига кўра хозирда дуоденал яралардан қон кетишларда хирургик даволаш натижаларини яхшилаш мумкин бўлган ютуқлар мавжуд деб хулоса қилдилар. Бу, аввало, у ёки бу оператив аралашувнинг хатар даражасини аниқлаш билан биргаликда қон кетиш қайталаниши эҳтимолини башорат қилиш мезонларини амалий жаррохлар учун ишлаб чиқишдан иборат.

SUMMARY

The authors make analysis of literary data concerning the problem and surgical tactics used in duodenal hemorrhage of ulcerous genesis.

The clinical surgery achievements, endoscopic methods of diagnostic and treatment, anesthesiology – resuscitation and widening the list of medicamental antiulcerant therapy didn't reduce lethality of the disease. According to modern literature lethality from “high” duodenal ulcers make 10-14% and lethality from “low” duodenal ulcers - 20-30%. At the same time, it should be noted that postoperative complications and lethality on recidivation of acute duodenal hemorrhage rise up for 1,5-2 times.

The authors make conclusion that the literary data analysis shows that today there are perspectives in improving the results of surgical treatment of ulcerous duodenal hemorrhage. Firstly, it is elaboration of accessible criteria for practical surgeons for prediction the recidivation probability of hemorrhage and ability for determining the level of risk of any surgical operation.

УДК: 616.342 – 44.089

БЕЗОАР ЖЕЛУДКА

(Обзор литературы и собственное наблюдение)

Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Бозоров Н.Э., Эгамов С.Ш., Нишанов М.Ф., Ботиров Ж.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: желудок, инородное тело, волосы, скопление.

Безоар, безоаровый камень (араб. رزاب bâzahr) — инородные тела, образующиеся из плотно сваланных волос или волокон растений вследствие попадания прежде всего с пищей, которые не перевариваются, а накапливаются и формируют инородное тело в желудке или кишечнике жвачных животных, лошадей, кошек, реже свиней и собак, иногда человека. Возникают при нарушении функции пищеварительных органов и недостатке минеральных веществ в кормах [1,2,3].

Существует несколько вариантов происхождения слова «безоар». Большинство считает, что безоарные камни названы так по имени горных козлов безоаров, в желудке которых