



INNOVATIVE  
WORLD

ISSN: 3030-3591

# ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

SHARQ TIBBIYOT VA TABIIY FANLAR  
JURNALI

Scientific Journal



- Medicine
- Pharmaceuticals
- Biology
- Chemistry
- Geology
- Agriculture



+998 33 5668868



[www.innoworld.net](http://www.innoworld.net)



## ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

Volume 2, Issue 4  
2025

Journal has been listed in different indexings

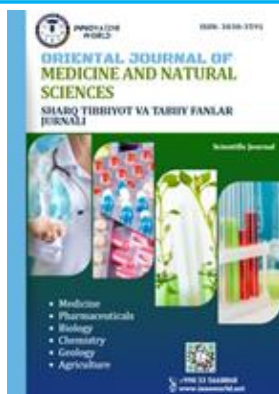


The official website of the journal:

[www.innoworld.net](http://www.innoworld.net)

O'zbekiston-2025





## Лечение больных гастродуоденальным кровотечением.

**Алимов С.У.**

PhD старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Alfraganus University,

**Мансуров Б.**

к.м.н.старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Alfraganus University Tashkent.

**Аннотация:** В статье рассматриваются основные причины, клинические проявления, методы диагностики и принципы лечения желудочно-кишечных кровотечений, возникающих из желудка и двенадцатиперстной кишки. Описаны современные подходы к диагностике, включая эндоскопические методы, лабораторные исследования шкалы оценки тяжести пациента. Представлены алгоритмы неотложной помощи, тактики консервативного и хирургического лечения.

**Abstract:** The article discusses the main causes, clinical manifestations, diagnostic methods, and treatment principles of gastrointestinal bleeding originating from the stomach and duodenum. It describes modern diagnostic approaches, including endoscopic techniques, laboratory tests, and patient severity assessment scales. Algorithms for emergency care, as well as strategies for conservative and surgical treatment, are presented.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка, гастродуоденальное кровотечение, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

**Key words:** gastric ulcer, gastroduodenal bleeding, duodenal ulcer

**Введение:** За последние годы среди населения увеличивается частота язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК). При этом тяжесть состояния больного с ЯГДК обуславливается интенсивностью и объемом кровопотери, возрастом пациентов, а также наличием у них сопутствующих заболеваний [7]. Несмотря на успехи в консервативном, эндоскопическом и хирургическом лечении (применение H<sub>2</sub>-блокаторов, ингибиторов протонной помпы, антихеликобактериальных препаратов, лазеротерапия и др.) число больных с осложненным течением язвенной болезни не снизилось на протяжении последних десятилетий. Зажившие язвы рецидивируют у 60-90% пациентов, а у 50-60% развиваются такие осложнения, как кровотечение, перфорация и стеноз [3,4]. Успехи, достигнутые в консервативном лечении язвенной болезни привели к сокращению количества хирургических вмешательств при данной патологии. Вместе с тем, такое грозное осложнение, как желудочно-кишечное кровотечение, составляет 15-25% всех осложнений язвенной болезни и требует от хирургов разработки новых тактических подходов. [1,6]. Несмотря на значительную гетерогенность

результатов среди различных испытаний, все авторы оценивали частоту повторных кровотечений, эффективность гемостаза. [2].

**Цель:** Анализ результатов консервативного и хирургического лечения больных с гастродуоденальным кровотечением, с целью определения оптимальные лечебной тактики и выбора объема и характера оперативного вмешательства.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ результатов лечения 1241 пациентов, находившихся в 1 городской клинической больнице г. Ташкента по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Все больные лечились с осложненным кровотечением, в 138 случаях кровотечение не язвенная этиология, в 299 случаях были хронические ЯБЖ и ДПК.

Вновь выявленный язвенная болезнь желудка и ДПК были - у 216 случаях, язвенный анамнез до 1 года, - у 496, 1-3 лет - у 130, 3-5 лет - у 98, 5-10 лет - у 139, более 10 лет - у 162 больных. Большинство больных страдало язвенной болезнью в течение одного года. У всех больных течение болезни было достаточно типичным: за 2-3 ч до возникновения кровотечения усиливались боли в эпигастриальной области, особенно по ночам, боли отличались упорством (у 583 больных), которые после начала кровотечения стихали. Они чувствовали общую слабость нарастающего характера (601 больных), сопровождающуюся головокружением (305 больных), тошноту (313 больных), была рвота типа «кофейной гущи» (1073 больных) и темной кровью (39 больных). Спустя 8-12 ч с момента стихания боли в животе наблюдался дегтеобразный стул (511 больных).

В приемном покое при осмотре у 874 больных кал оказался дегтеобразным, что указывало на наличие кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

Впервые язвенная болезнь осложнилась кровотечением у 679 больных, у 487 больных кровотечение повторилось, а у 78 больных кровотечение наблюдалось многократно. Сроки, прошедшие с момента начала кровотечения до поступления в клинику, самые разнообразные - от 2 часов до 2 недель.

Степень тяжести у 388 больных была I степень кровопотери у 594 Ист. у 594 больных III степень кровопотери была у 258 больных.

Размер язвы у 285 больных был до 0,5 см, у 793 - до 1,0 см, у 103 - 1-2,0 см, у 60 - более 2,0 см.

Среди обследованных 780 больных являлись курящими. У обследованных в анамнезе стресс имели 461 больных.

У 125 (10,1%) больных гастродуоденальная язва сочеталась с каменным холециститом, у 235 (18,9%) болезни опорно-двигательного системы, у 217 (17,4%) болезни сердечно-сосудистой системы, а у 87 (7,03%) язвенной болезни сопутствовали хронический бескаменный



холецистит, панкреатит и гепатит, у 577 случаях язвенное кровотечение сочеталась различными тяжести анемии.

Всем пациентам при поступлении в стационар выполняли эзофагогастродуоденоскопию, во время которой уточняли локализацию источника кровотечения. Активность геморрагии определяли по J. Forrest. При легкой и компенсированной кровопотере какие-либо специальные средства коррекции волемии не требовались; при субкомпенсированной проводили инфузионную терапию, основной целью которой было восполнение объема циркулирующей крови; декомпенсированная же кровопотеря была абсолютным показанием для гемотрансфузии, которую дополняли внутривенным введением препаратов крови и кровезаменителей гемодинамической направленности, в том числе свежезамороженной плазмы, альбумина, декстранов.

Во время оперативного вмешательства, предпринимаемого с целью гемостаза, в качестве варианта было гастро- или дуоденотомию с прошиванием кровоточащего сосуда.

Из 1241 больных мужчин было 932, женщин - 309. Соотношение мужчин и женщин составляло 3,01:1. Подавляющее большинство больных были мужчины наиболее трудоспособного возраста (рис. 1).

По данным гастродуоденоскопии, у 984 (79,2%) пациента кровоточащая язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки 199 (16%), на втором месте по частоте встречаемости было тело желудка а в сочетании язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - 58 (4,8%).

Возраст больных: (классификация по ВОЗ. 2017г.) 18-44 был у 588 (47,38%), 45-59 - у 353 (28,45%), 60-74 - у 227 (18,3%), 75-90 - у 73 (5,9%) . (рис.2)

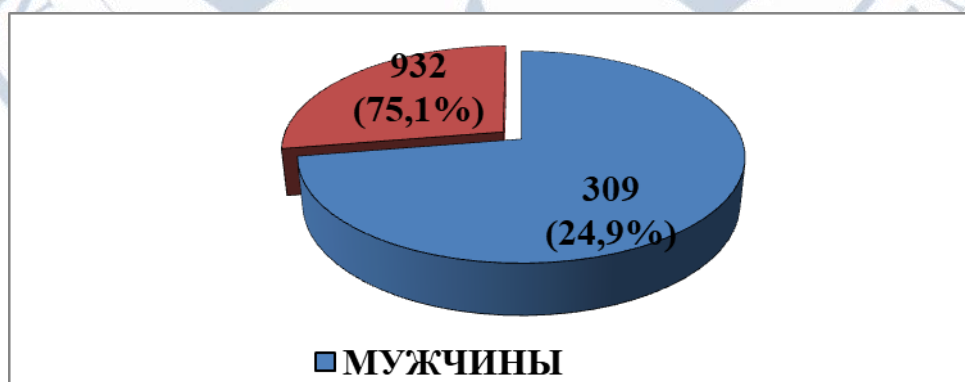


Рис.1. Распределение больных по полу

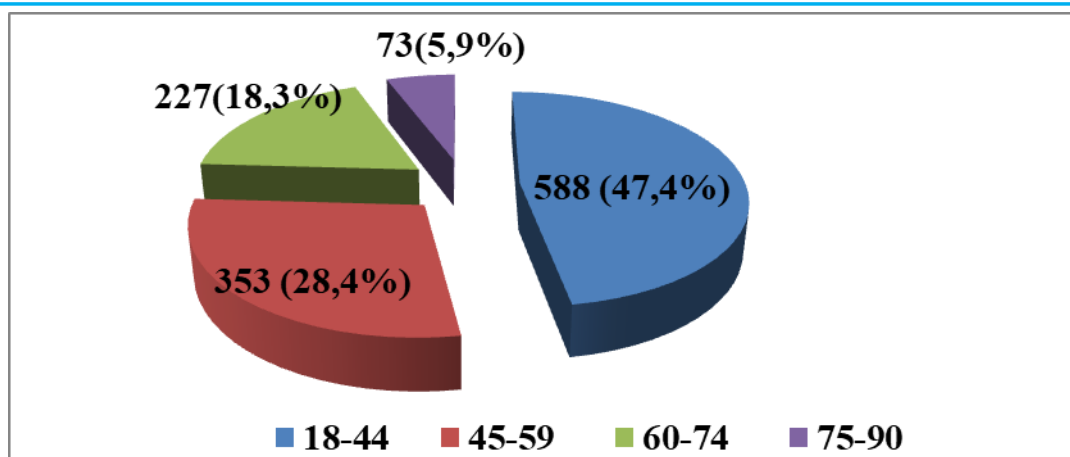


Рис.2. Распределение больных по возрасту

Анамнестически установлено, что у 87 пациентов язвенная болезнь ранее осложнялась кровотечением, по этому поводу они перенесли операцию прошивание кровоточащего сосуда (39) или резекцию желудка (2).

Интенсивность кровотечения определили по классификацию Y. A. Forrest (1974):

IA – продолжающееся струйное кровотечение - у 20 (1,65%) больных;

IB – продолжающееся капиллярное – у 68 (5,5%);

IIA – видимый крупный тромбированный сосуд (размер тромба диаметром < 2 мм) – у 280 (22,5%);

IIB – фиксированный сгусток (размер тромба диаметром >2мм) – у 772(62,2%);

IIIC – мелкие тромбированные сосуды (черные точки, черное пятно) – у 101(8,15%) больных.

У 20 больных при осмотра имелось продолжающееся артериальное кровотечение (Forrest Ia) и истечение венозной крови или диффузная капиллярная кровоточивость тканей у 68 больных (Forrest Ib). У 280 человек в зоне язвенного дефекта четко определялся тромбированный сосуд без продолжающейся геморрагии (Forrest IIA), у 27 — имелся сверток крови, плотно фиксированный к дну язвы, признаки кровотечения отсутствовали 280 случаях (Forrest IIB). У каждого четвертого пациента язвенный дефект характеризовался как Forrest IIc или Forrest III.

В зависимости от лечебной тактики пациенты были разделены на 3 группы. В первую вошло 938 больных они получили консервативная лечения по стандарту. Вторую группу вошло 236 пациентов, лечившихся по поводу кровотечения, используемая при этом лечебная тактика базировалась на предпочтении эндоскопического пособия, которое для достижения окончательной остановки кровотечения при необходимости выполняли неоднократно. На фоне первичного гемостаза в обязательном порядке проводили комплексное медикаментозное лечение язвенной болезни, включавшее блокаторы



H2-рецепторов (ранитидин — 300 мг в сутки, фамотидин — 20-40 мг на ночь), ингибиторы протонной помпы (омепразол — 40-80 мг в сутки) и антигеликобактерную эрадикацию (метронидазол — 400 мг, амоксициллин — по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин — 500 мг) по традиционной схеме [1].

В третью группу составили пациенты (n=67), лечившиеся по поводу гастродуоденальной язвы, осложненной кровотечением, основу практикуемого в этот период лечебно-диагностического алгоритма составляли активные хирургические действия, когда невозможность остановки кровотечения при первичном эндогемостазе и высокий риск его рецидива служили показанием к неотложной операции.

Виды лечения	Количество больных	Рецидив кровотечения	Ререцидив кровотечения	Летальность
Консервативной	938	83	3	6
Эндоскопический гемостаз	236	37	12	5
Оперативной	67	6	3	7
	1241	149	24	18

### Результаты и обсуждение

Алгоритм лечебных мероприятий пациентов зависел от результатов гастродуоденоскопии. При продолжающемся кровотечении (Forrest Ia - Ib) в 81 из 88 наблюдений использовали различные варианты гемостаза. У 9 пациентов в ткани язвы и вокруг нее инъекционно вводили сосудосуживающие (раствор адреналина в разведении 1:10000) и денатурирующие средства (этиловый спирт 70%). В 20 наблюдениях применяли электрокоагуляцию кровоточащего сосуда в язвенной ткани по периметру. Чаще для гемостаза использовали комбинацию электрокоагуляционного и инъекционного способов.

В 7 наблюдениях выполнить гемостаз не удалось: один пациент отказался от процедуры, у двух какие-либо манипуляции были невозможны из-за рубцовой деформации пилоробульбарной зоны, и еще у одного источник геморрагии не обнаружили, однако во время операции, предпринятой в связи с клиникой продолжающегося кровотечения, выявлена язва двенадцатиперстной кишки. У двух — прошивание кровоточащей язвы, все пациенты выздоровели.

У 6 человек (8,1%) первичный эндогемостаз оказался изначально неэффективен. Они оперированы по экстренным показаниям и выздоровели.

После первичной эндоскопической остановки кровотечения в 37 наблюдениях развился его рецидив, по поводу которого у 37 —

прошивание кровоточащего сосуда; Летальный исход имел место у 3 человек:— из-за перитонита, у одного после операции возникла перфорация острой язвы тела желудка, по поводу которой выполнена релапаротомия и ее зашивание. Особую тактическую сложность представляла острая геморрагия, развившаяся у 1 пациентов после зашивания перфоративной язвы. В связи с этим им выполнена релапаротомия, после которой один пациент умер на фоне декомпенсированной кровопотери.

У 32 из 44 пациентов, имевших высокий риск рецидива кровотечения, при успешности первичного эндогемостаза проводилось консервативное лечение. При этом трое пациентов умерли: у трех — 79 и 80, 82 лет — смерть наступила из-за декомпенсации сердечнососудистой деятельности.

Лечебная тактика у 139 пациентов с активностью кровотечения Forrest IIa — IIb предполагала действия в двух направлениях. У 61 пациента какие-либо превентивные эндоскопические манипуляции не использовались. Особое беспокойство вызвали 78 человек, у которых спустя 2-3 суток с момента госпитализации развился рецидив кровотечения. Среди них в 63 наблюдениях эндогемостаз оказался успешным, однако у 1 пациента в связи с острой сердечнососудистой недостаточностью наступила смерть. Остальные 14 были оперированы в срочном порядке.

При высоком риске рецидива кровотечения 83 пациентов пролечены консервативно. 3 из них умерло вследствие трансмурального инфаркта миокарда (2), острого нарушения мозгового кровообращения (1) и декомпенсации сахарного диабета (1). Среди 21 оперированного пациента у одного выполнено прошивание кровоточащего.

В 101 наблюдениях первичная гастродуоденоскопия свидетельствовала о самопроизвольном гемостазе (Forrest IIc — Forrest III), в данном случае каких-либо манипуляций в зоне язвы — потенциального источника геморрагии — не требовалось. Несмотря на эндоскопические критерии, указывавшие на минимальную угрозу повторного кровотечения, оно все-таки наступило у 8 пациентов. У одного из них посредством электрокоагуляции получили окончательный гемостаз, пациент выздоровел. Еще у одного рецидив сопровождался декомпенсированной кровопотерей, и пациент умер во время подготовки к операции. Остальные оперированы: прошит кровоточащий сосуд. Умерло один — во время операции на фоне тяжелой кровопотери.

Анализируя изложенное с позиции эффективности эндоскопического гемостаза, заметим, что среди 101 пациентов 63,5% пациентов использована консервативная тактика с летальностью на уровне 5,5%. Главным образом это были те, у кого активность кровотечения оценивали как Forrest IIa, IIb, IIc, III. Лишь у 4 человек (1,4%) в силу объективных обстоятельств его не провели. У 236



пациентов выполнили первичный (при Forrest Ia — Ib) (при Forrest IIa — IIb) эндогемостаз. Рецидив кровотечения развился в 37 наблюдениях (18,6%). Из 37 пациентов, которым была проведена повторная гастродуоденоскопия, у 19 получен устойчивый гемостаз, остальные — оперированы. В результате эндоскопическая остановка кровотечения оказалась неэффективной в 13,7%. Оперативное лечение проводили у 36,5% больных.

Результативность эндоскопического лечения. 236 пациентов с язвенным кровотечением придерживались сдержанной тактики с приоритетом эндоскопического гемостаза. Во всех случаях активного продолжающегося кровотечения (141 пациент — Forrest Ia — Ib) гастродуоденоскопия носила лечебно-диагностический характер. С целью гемостаза чаще проводили электрокоагуляцию в качестве самостоятельной манипуляции или в сочетании с инъекционным способом. среди пациентов с активностью кровотечения Forrest Ia — Ib первичный эндогемостаз оказался неэффективным лишь в 9 наблюдениях (6,4%). В связи с этим они были экстренно оперированы: у 8 — прошивание кровоточащего сосуда. После операции в 1 случае смерть наступила на фоне декомпенсированной кровопотери, у двоих — в связи с тяжелой сопутствующей соматической патологией (цирроз печени, пневмосклероз, острый инфаркт миокарда) и еще в одном — из-за несостоятельности швов анастомоза у пациента с системным васкулитом и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

После успешного первичного эндогемостаза у 37 пациентов развился рецидив кровотечения. Предпринятая по этому поводу повторная эндоскопическая манипуляция в 18 случаях завершилась окончательным гемостазом, однако 3 пациента умерли в связи с декомпенсацией сердечнососудистой недостаточности (1), из-за острого нарушения мозгового кровообращения (1) и вследствие возникновения на 6 сутки третьего рецидива геморрагии с массивной кровопотерей на фоне постинфарктного кардиосклероза (1). В связи с повторным кровотечением оперировано 6 пациентов: остальным выполнено прошивание кровоточащего сосуда. После операции в двух случаях имел место летальный исход: вследствие тяжелого течения сахарного диабета и из-за ДВС-синдрома на фоне декомпенсированной кровопотери.

### Выводы

1. По нашим данным в последние годы из осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает кровотечение -69,3%, а перфорация и стеноз 6,4%, 5,4 % соответственно.
2. В связи с увеличением число больных с сопутствующими заболеваниями, несмотря на проведении трёх и четырёх

компонентного лечения увеличивались гастродуоденальные кровотечения, особенно не язвенной этиологии среди этого контингент больных.

3. Самостоятельная лечения (нерегулярные применения общих антацидов,  $H_2$  блокаторов, ингибиторы протоны помпы) способствовало увеличению число обострение, укорочению срока ремиссии, формирования язвенной болезни у лиц гиперацидным состояниями, что повлекло за собой позднее поступило больных с язвенным дуоденальными кровотечениями.
4. Высокая летальность наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующими патологии и с опозданиями оперативным вмешательством. Уровень послеоперационной летальности практически не изменился, диктует о необходимости дифференцированного подхода этого тяжелой категории больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ результатов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложнённой кровотечением / А. С. Ермолов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с Пленумом проблем. комис. РАМН. – Ростов н/Д, 2008. – С. 46-48.
2. Гулов М.К., Абдулаева С.И. - «Современное состояние проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки» // Вестник Авецинны - № 4.- 2015. С. -108-115.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Гибадулин Н.В. и др. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Вестн. хирург.-2001.-№4.- С. -41-44.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство // М.: ГЭОТАР – медиа, 2013. - С.-317-40.
5. Саидов Д.С.- Динамика показателей гемостаза и их коррекция путем оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии при язвенном гастродуоденальном кровотечении // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана 2019. Том IX-№1. - С.- 67-75.
6. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста / М. Д. Дирибов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён.с Пленумом проблем. комис. РАМН. – Ростов н/Д, 2008. – С. 40-42.
- 7.Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А. Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2020 (1-2) - С.-110-116.
8. Кадилов Р.Н. Принципы современного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений. Journal of healthcare and Life-Science Research. Vol.4. No.5.2025.