Оригинальная статья/Original article

Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца

А.М. Хаджибаев¹Р.И. Рахимов^{1✉}, e-mail: makdiras@mail.ruА.А. Набиев²А.Г. Махаматаминов²¹ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи; Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, д. 2² Ташкентский институт усовершенствования врачей; Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51

Резюме

Введение: Данная статья посвящена одной из актуальных проблем современной экстренной абдоминальной хирургии – результатам хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Основными способами лечения данной группы больных, бесспорно, является интенсивная гемостатическая консервативная терапия и эндоскопические способы гемостаза. Однако у определенной части больных ЯГДК с различными вариантами ИБС проводимое подобное лечение оказывается неэффективным и возникает необходимость проведения хирургического гемостаза в экстренном и срочном порядке.

Хирургические способы гемостаза больным ЯГДК с различными вариантами ИБС показаны только в случаях неэффективности консервативных и эндоскопических методов лечения. Среди хирургических вмешательств более предпочтительными представляются радикальные операции, которые при условии выполнения на фоне интенсивной реанимационной поддержки позволяют добиться надежного гемостаза и тем самым избежать послеоперационного рецидивного кровотечения. Паллиативные хирургические вмешательства должны применяться при невозможности выполнения радикальных операций вследствие тяжести состояния больных или недостаточности технического мастерства хирургов. И наконец, совершенно очевидно, что для улучшения результатов лечения у больных данной категории необходима коррекция изменений, обусловленных сопутствующей ИБС.

Материалы и методы: в нашем исследовательском материале подобная необходимость возникла у 89 больных из 997, что составило 8,9%. Это в основном соответствует современным литературным данным.

Результаты: анализ результатов проведенных этим больным оперативных вмешательств паллиативного и радикального характера убедительно свидетельствовал о предпочтительности последних.

Основанием для подобного суждения служили высокий процент летальности после паллиативных вмешательств по сравнению с радикальными при приблизительно одинаковом числе послеоперационных осложнений.

Кроме того, обращает на себя внимание то, что послеоперационные осложнения, характерные для паллиативных вмешательств, в виде рецидивного язвенного кровотечения зачастую носят фатальный характер, т. е. половина этих больных в наших наблюдениях не перенесли повторных радикальных вмешательств.

Вывод: Необходимым условием выполнения радикальных операций является, во-первых, соответствующее техническое мастерство хирурга, а во-вторых, обеспечение последних интенсивной реанимационной поддержкой. При невозможности выполнения этих условий методом выбора служат паллиативные вмешательства.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, ишемическая болезнь сердца, консервативное лечение, хирургическое лечение, радикальные и паллиативные операции

Для цитирования: Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А., Махаматаминов А.Г. Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия*. 2020;(1–2):110–116. doi: 10.21518/1995-1477-2020-1-2-110-116.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Results of surgical treatment of ulcer bleed in patients with ischemic heart disease

Abdukhakim M. Khajibayev¹Rasulbek I. Rakhimov^{1✉}, e-mail: makdiras@mail.ruAbdukakhkhar A. Nabiev²Abdunabi G. Mahamadaminov²¹ Republican Research Centre of Emergency Medicine; 2, Kichik Khalka Yuli St., Tashkent, Uzbekistan² Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education; 51, Parkentskaya St., Tashkent, Uzbekistan

Abstract

Introduction. This article is devoted to one of the urgent problems of modern emergency abdominal surgery – the result of surgical treatment of ulcer bleed in patients with ischemic heart disease.

Undoubtedly intensive hemostatic conservative therapy and endoscopic hemostasis methods are the main treatment methods for this group of patients. However, in a certain number of patients with NGDK with various variants of IHD, such treatment is ineffective and there is a need to perform surgical hemostasis in an emergency and urgently.

Surgical methods of hemostasis of NGDK patients with different variants of IHD are shown only in cases of inefficiency of conservative and endoscopic treatment methods. Among surgical interventions, radical surgeries are more preferable, which, if performed against the background of intensive resuscitation support, allow to achieve reliable hemostasis and thus avoid postoperative recurrent bleeding. Palliative surgery should be used when radical surgery is not possible due to the severity of the patient's condition or lack of technical skill of surgeons. Finally, it is clear that in order to improve treatment results in patients in this category, correction of changes caused by the accompanying IHD is necessary.

Materials and methods: In our research material, 89 out of 997 patients had such a need, which was 8.9%. It mainly corresponds to the modern literature data.

Results: An analysis of the results of these patients' palliative and radical surgical interventions clearly showed that the last ones were more preferable.

The basis for this judgment was the high percentage of mortality after palliative care compared to radical care with approximately the same number of postoperative complications.

In addition, it is noteworthy that postoperative complications typical of palliative care in the form of recurrent ulcerative bleeding are often fatal, because half of these patients in our observations have not experienced repeated radical interventions.

Conclusion: At the same time, the necessary condition for performing radical operations is, firstly, appropriate technical skill of the surgeon, and secondly, providing the latter with intensive resuscitation support. In case of impossibility of performance of these conditions the method of a choice should serve palliative care.

Keywords: Gastroduodenal bleeding, ischemic heart disease, conservative treatment, surgical treatment, radical and palliative surgery

For citation: Khadjibaev A.M., Rakhimov R.I., Nabiev A.A., Mahamadaminov A.G. Results of surgical treatment of ulcer bleed in patients with ischemic heart disease. *Statsionarozameshchayushchie tekhnologii: Ambulatornaya khirurgiya = Hospital-replacing technologies: Ambulatory surgery*. 2020;(1–2):110–116. (In Russ.) doi: 10.21518/1995-1477-2020-1-2-110-116.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

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 [1–8].

Среди сопутствующих заболеваний, на фоне которых ЯГДК протекают особенно тяжело, особое место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), характеризующаяся нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий и приводящая к поражению миокарда с развитием острого коронарного синдрома, острого инфаркта миокарда, к различным осложнениям (аритмия, острая сердечная недостаточность, отек легких и кардиогенный шок, различные тромбоэмболические осложнения – ТЭЛА, тромбоз мезентериальных сосудов органов брюшной полости, хроническая сердечная недостаточность и др.) [4, 5, 9, 10].

Необходимо отметить, что ИБС и язвенные кровотечения даже в отдельности занимают первые места в структуре общей заболеваемости и смертности. В случаях же сочетанного развития этих нозологий наблюдается взаимоотягощающее влияние одного

патологического процесса на другой, что обуславливает высокую летальность, составляющую от 37 до 70% при консервативном и до 90% при оперативном лечении подобных больных [9, 11–13].

Наиболее сложные клинические ситуации у этой группы больных наблюдаются, когда в связи с продолжающимся или рецидивным ЯГДК возникает необходимость применения хирургических оперативных вмешательств [5, 12, 14–16]. Выполнение последних на фоне имеющихся различных клинических вариантов ИБС всегда сопряжено с развитием разнообразных послеоперационных осложнений и является большим риском [2, 5, 15, 17, 18, 19, 20, р. 123–155].

В связи с вышеприведенными литературными данными **целью** настоящего исследования явилось изучение результатов хирургического лечения язвенных кровотечений у больных с ИБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из числа 997 больных ЯГДК, сочетающихся с различными клиническими формами ИБС, находившихся в отделениях экстренной хирургии и хирургической реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) МЗ РУз с 2011 по 2017 г., в настоящей работе анализу подвергнуты

результаты хирургического лечения 89 пациентов (8,9%). Мужчин было 76, женщин – 13. Средний возраст больных составил 55,2 лет.

Всем этим больным согласно принятому стандарту при поступлении для установления диагноза были применены общеклинические, в том числе электро- и эхокардиографии, лабораторные, рентгенологические, эхоскопические и эндоскопические методы исследования.

При этом у 82 (92,1%) больных источником кровотечения явились хронические язвы, а у 7 (7,8%) больных – острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). В качестве сопутствующей ИБС у 46 (51,7%) больных наблюдалась стабильная стенокардия, у 37 (41,6%) – ОКС с подъемом (12) и без подъема ST (25). У 6 (6,7%) больных язвенное кровотечение сочеталось с острым инфарктом миокарда. Всего у 38 (42,7%) больных отмечались явления острой сердечной недостаточности, у 51 (57,3%) данная недостаточность носила хронический характер.

Из анамнестических данных обращает на себя внимание, что в подавляющем большинстве случаев (84,3%) у больных отмечался 4–5-летний язвенный стаж заболевания. Кроме того, у 62,6% больных имелось указание на длительный прием противовоспалительных препаратов (НПВП).

Активность язвенного кровотечения определяли по классификации J. Forrest-Rosch 1974 г., а степень геморрагического шока – по индексу Альговера (соотношение пульса и систолического артериального давления).

Все обследованные больные поступали в клинику с явлениями продолжающегося кровотечения. При этом у 32 (35,9%) больных эндоскопически отмечалось кровотечение по F1A, а у 57 (64,1%) по F1B. У 55 (61,7%) пациентов нами отмечались признаки геморрагического шока 2–3-й ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В связи с продолжающимся кровотечением всем больным на фоне проведения консервативной гемостатической терапии была предпринята попытка эндоскопической его остановки. При этом для остановки кровотечения использовались различные эндоскопические способы гемостаза в виде: диатермокоагуляции у 23 (25,8%) больных, обкалывания вокруг язвы – у 28 (31,4%) пациентов, а у 38 (42,7%) – аргон-плазменной коагуляции (АПК). Причем у 23 (25,8%) больных гемостаз осуществлялся комбинацией двух способов.

Надо отметить, что у 85 (95,5%) больных с помощью эндоскопических способов удалось добиться

первичного гемостаза. Исключение составили только 4 пациента, у которых, несмотря на все наши старания, полного гемостаза достичь не удалось.

Первичный гемостаз у подавляющего большинства больных 79 (88,7) эндоскопически выражался в виде F2A, а у 6 (6,7%) пациентов – в виде F2B. Следовательно, практически у всех этих больных первичный гемостаз оказался ненадежным, в связи с чем, несмотря на проведение интенсивной гемостатической терапии и осуществление динамического эндоскопического контроля, на 2–3-и сутки отмечался рецидив кровотечения.

Таким образом, у всех 89 больных нами вынужденно применялись методы открытого хирургического гемостаза. Оперативные вмешательства этим больным проводились в экстренном и срочном порядке под общим эндотрахеальным наркозом. В качестве оперативных вмешательств нами применялись операции радикального и паллиативного характера. Разновидности выполненных оперативных вмешательств представлены в *табл. 1*.

Из представленных в *табл. 1* данных видно, что у 42 (47,2%) больных нами были выполнены оперативные вмешательства паллиативного характера. Из них у 29 (32,6%) пациентов были проведены гастродуоденотомии с прошиванием дуоденальной (21) или желудочной язвы (8) капроновыми швами. У 13 (14,6%) больных нами выполнялось паллиативное иссечение кровоточащей дуоденальной язвы. При этом у всех этих пациентов иссечение язвы дополнялось пилоропластикой: по Гейнеку – Микуличу (9) или Финнею (4). Кроме того, у этих больных данная операция сочеталась с различными вариантами ваготомий: СВ (11) или СПВ (2).

Радикальные операции нами были выполнены всего у 47 (52,8%) больных. При этом в качестве радикальных оперативных вмешательств применялись резекции 2/3 желудка по Б-1 (15) и Б-2 (32). Надо отметить, что резекция желудка по Б-1 у 4 больных завершалась наложением термино-терминального ГДА, а у 11 пациентов – термино-латеральным ГДА по Хачиеву. В отличие от этого резекция 2/3 желудка по Б-2 нами выполнялась по общепринятой методике наложением ГЭА на длинной петле с дополнительным ЭЭА по Брауну.

В послеоперационном периоде у обследованных больных наблюдались различные осложнения неспецифического и специфического характера. Разновидности послеоперационных осложнений в зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства представлены в *табл. 2*.

Из представленных в *табл. 2* данных следует, что в послеоперационном периоде у обследованных больных наблюдалось 79 осложнений

ТАБЛИЦА 1. Разновидности выполненных оперативных вмешательств у обследованных больных, n = 89
TABLE 1. Variety of performed surgical interventions in examined patients, n = 89

Вид оперативных вмешательств		Абс. число	%
Паллиативные n = 42	Гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей: дуоденальной язвы желудочной язвы	29 21 8	32,6 23,6 9,0
	Иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и ваготомией:	13	14,6
	по Гейнеку – Микуличу + СВ	8	9,0
	по Гейнеку – Микуличу + СПВ	1	1,1
	по Финнею + СВ	3	3,3
	по Финнею + СПВ	1	1,1
Радикальные n = 47	Резекция 2/3 желудка по Б-1 с термином-терминальным гастродуоденальным анастомозом (ГДА)	4	4,5
	Резекция 2/3 желудка с термином-латеральным ГДА (по Хачиеву)	11	12,4
	Резекция 2/3 желудка по Б-2 с энтеро-энтероанастомозом (ЭЭА) по Брауну	32	36,0
Всего		89	100,0

неспецифического и специфического характера. При этом обращает на себя внимание то, что в абсолютном числе послеоперационных осложнений были примерно равными после паллиативного (42) и радикального (37) характера операций.

Среди неспецифических послеоперационных осложнений более всего наблюдались нагноение п/о раны (17), бронхопневмонии (7). Хотя такие осложнения, как ОКС и ОИМ (7), ТЭЛА (4), встречались сравнительно реже, в большинстве своем они служили причиной летального исхода. В группу неспецифических послеоперационных осложнений нами были включены сепсис и септический шок (7), хотя они наблюдались у больных с продолжающимся перитонитом.

Специфические послеоперационные осложнения у обследованных больных были представлены в виде: несостоятельности швов анастомоза (7), ушитых гастродуоденотомий (5). Результатом этого явились продолжающийся перитонит (7), а у части больных – инфильтраты (2) и абсцессы (4) брюшной полости.

Перечисленные послеоперационные осложнения наблюдались несколько чаще после паллиативных вмешательств (53,2%) по сравнению с радикальными операциями (46,8%). К специфическим послеоперационным осложнениям также относились рецидивные гастродуоденальные кровотечения (12), которые наблюдались только у больных, подвергнутых паллиативным прошиваниям кровоточащих язв.

Всего в послеоперационном периоде умерло 12 больных, что составило 13,5%. Причем послеоперационная летальность после паллиативных операций составила 8,2%, после радикальных вмешательств – 5,3%. Причиной смерти в подавляющем большинстве случаев (75,0%) являлось прогрессирование сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности вследствие развития послеоперационных осложнений. У 6 больных причиной смерти явилось рецидивное кровотечение.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В настоящее время отмечается устойчивая тенденция увеличения частоты ЯГДК в структуре острых хирургических заболеваний, которая переросла в целую проблему [1–8]. При этом авторы отмечают, что летальные ЯГДК преимущественно развиваются у больных пожилого возраста с различными сопутствующими заболеваниями. Среди сопутствующих заболеваний, на фоне которых ЯГДК протекают особенно тяжело, особое место занимает ИБС [9, 10, 11, с. 31–40, 12, 13].

Литературными авторами выделяются такие патогенетические факторы, обуславливающие высокую частоту ЯГДК у больных с ИБС, как длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, «стрессовые» острые повреждения гастродуоденальной слизистой, угнетение механизмов гастропротекции в связи с ишемией тканей и др. [10, 12, 17, 18].

Основными способами лечения данной группы больных, бесспорно, является интенсивная гемостатическая

ТАБЛИЦА 2. Разновидности послеоперационных осложнений у обследованных больных, n = 79
TABLE 2. Variety of postoperative complications in examined patients, n = 79

Послеоперационные осложнения		Характер операции		Всего
		Паллиативные n = 42	Радикальные n = 37	
Неспецифические	нагноение п/о раны	9 (11,5%)	8 (10,0)	17 (21,5%)
	бронхопневмонии	3 (3,7%)	4 (5,1%)	7 (8,8%)
	ОКС, ОИМ	3 (3,7%)	4 (5,1%)	7 (8,8%)
	ТЭЛА	2 (2,5%)	2 (2,5%)	4 (5,0%)
	сепсис, септический шок	3 (3,7%)	4 (5,1%)	7 (8,8%)
Специфические	несостоятельность швов анастомоза, ушиваний	5 (6,3%)	7 (8,9%)	12 (15,2%)
	продолжающийся перитонит	3 (3,7%)	4 (5,1%)	7 (8,8%)
	инфильтраты брюшной полости	1 (1,3%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)
	абсцессы брюшной полости	1 (1,3%)	3 (3,7%)	4 (5,1%)
	рецидивное кровотечение	12 (15,5%)	-	12 (15,5%)
Итого		42 (53,2%)	37 (46,8%)	79 (100,0)

консервативная терапия и эндоскопические способы гемостаза. Однако у определенной части больных ЯГДК с различными вариантами ИБС проводимое подобное лечение оказывается неэффективным и возникает необходимость проведения хирургического гемостаза в экстренном и срочном порядке [2, 3, 15, 17, 19].

В нашем исследовательском материале подобная необходимость возникла у 89 больных из 997, что составило 8,9%. Это в основном соответствует современным литературным данным.

Анализ результатов проведенных этим больным оперативных вмешательств паллиативного (42) и радикального (47) характера убедительно свидетельствовал о предпочтительности последних.

Основанием для подобного суждения служил высокий процент летальности после паллиативных вмешательств по сравнению с радикальными (8,2 и 5,3%) при приблизительно одинаковом числе послеоперационных осложнений (42 и 37).

Кроме того, обращает на себя внимание то, что послеоперационные осложнения, характерные для паллиативных вмешательств, в виде рецидивного язвенного кровотечения зачастую носят фатальный характер, так как половина этих больных в наших наблюдениях (6 из 12) не перенесли повторных радикальных вмешательств.

Вместе с тем необходимым условием выполнения радикальных операций является, во-первых,

соответствующее техническое мастерство хирурга, во-вторых, обеспечение последних интенсивной реанимационной поддержкой. При невозможности выполнения этих условий методом выбора должны служить паллиативные вмешательства.

ВЫВОД

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что лечение больных ЯГДК, сочетающихся с различными вариантами ИБС, представляет собой сложную задачу.

Совершенно очевидно, что основными способами лечения подобных больных является консервативная гемостатическая терапия и эндоскопические методы гемостаза.

Хирургические способы гемостаза больным ЯГДК с различными вариантами ИБС показаны только в случаях неэффективности консервативных и эндоскопических методов лечения.

Среди хирургических вмешательств при равноценности других факторов более предпочтительными представляются радикальные операции, которые при условии выполнения на фоне интенсивной реанимационной поддержки позволяют добиться надежного гемостаза и тем самым избежать послеоперационного рецидивного кровотечения.

Паллиативные хирургические вмешательства должны применяться при невозможности выполнения

радикальных операций вследствие тяжести состояния больных или недостаточности технического мастерства хирургов.

Бесспорно, что улучшение результатов хирургического лечения у больных данной категории невозможно без осуществления необходимой коррекции

изменений, обусловленных сопутствующими вариантами ИБС.

Поступила/Received 12.04.2020

Поступила после рецензирования/Revised 20.04.2020

Принята в печать/Accepted 21.04.2020

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Алтыев Б.К., Рихсибеков З.Н., Мухаммедов Х.Я. Прогнозирование рецидива из острых гастродуоденальных язв. Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2003»: «Критические ситуации в хирургии». Андижан. *Хирургия Узбекистана*. 2003;(3):11.
- Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р., Мадаминов Р.М. Обоснование лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях. Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2003»: «Критические ситуации в хирургии». Андижан. *Хирургия Узбекистана*. 2003;(3):12–13.
- Дадаев Ш.А., Ташмухамедов Р.С., Турсунметов А.А. Обоснование лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях. Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2003»: «Критические ситуации в хирургии». Андижан. *Хирургия Узбекистана*. 2003;(3):25–26.
- Калиш Ю.И., Юлдашев Р.Ш., Озоралиев Г.Б. Тактика и хирургическое лечение атипичных язв желудка, осложненных кровотечением. *Хирургия Узбекистана*. 2002;(4):24–27.
- Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Мельник И.В. и др. Хирургическая тактика и лечение рецидивных язвенных кровотечений. *Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана*. 2005;(3):42–46.
- Савельев В.С. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости*. М.: Трида-Х; 2004. 639 с.
- Jick S.S. The risk of gastrointestinal bleed, myocardial infarction, and newly diagnosed. *Pharmacotherapy*. 2000;20(7):741–744. doi: 10.1592/phco.20.9.741.35209.
- Mobley H. The role of Helicobacter pylori urease in the pathogenesis of gastritis and peptic ulceration. *Alim. Pharmacol. Ther.* 1996;10(1):57–64. doi: 10.1046/j.1365-2036.1996.22164006.x.
- Головкин Г.Н., Фадинова З.М., Иванникова А.Б., Лунюшкина О.В. Лечение больных с сочетанием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ишемической болезни сердца в условиях санатория. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 1998;(1):56–59.
- Ивашкин В.А., Шентулин А.Н. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, обусловленные нестероидными противовоспалительными препаратами. *Врач*. 2001;(3):22–23.
- Горбашко А.И. *Лечение больных преклонного возраста с профузными гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии*. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: сб. науч. тр. СПб.; 1993.
- Чечурин Н.С. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях: автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб.; 2008. 22 с. Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/424178/a?#?page=1>.
- Banić M., Sutlić Z., Biocina B., Kujundžić M., Fabijanić D., Ljubičić N. et al. Peptic ulcer disease in dyspeptic patients with ischemic heart disease: search and treat? *Z Gastroenterol*. 2005;43(6):581–586. doi: 10.1055/s-2005-858073.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Хачиев Г.Л. Особенности течения язвенной болезни желудка и кишки и ее хирургическое лечение у лиц пожилого возраста. *Хирургия*. 1990;(7):8–13.
- Каримов Ш.И., Асраров А.А., Бабаханов О.А. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений. Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2003»: «Критические ситуации в хирургии». Андижан. *Хирургия Узбекистана*. 2003;(3):44.
- Мельник И.В. Оптимизация тактики лечения рецидивных язвенных кровотечений: автореф. дис.... канд. мед. наук. Ташкент; 2006. 21 с.
- Исаев Д.Н. Хирургические аспекты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца: автореф. дис.... канд. мед. наук. Ульяновск; 2003. 19 с. Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/248023/a?#?page=1>.
- Peterson W.L. The role of acid in upper gastrointestinal haemorrhage due to ulcer and stress-related mucosal damage. *Aliment Pharmacol Ther.* 1995;9:43–46. doi: 10.1111/j.1365-2036.1995.tb00783.x.
- Schepp W., Schusdziarra V., Classen M. Stress ulcer prophylaxis 1995. Balancing between gastrointestinal bleeding and nosocomial pneumonia. *Dtsch Med Wochenschr.* 1995;120(16): 573–579. doi: 10.1055/s-2008-1055381.
- Woodley M., Whelan A. (ed.). *Manual of medical therapeutics*. 27th edition. Boston/London/Moscow: Little, Brown and Co.; 1995.

REFERENCES

- Altyev B.K., Rikhsibekov Z.N., Mukhammedov Kh.Ya. Prediction of relapse of acute gastroduodenal ulcers. Proceedings of the 8th Republican scientific and practical conference «Readings from Vakhidov – 2003»: «Emergency conditions in surgery». Andijan. *Khirurgiya Uzbekistana = Surgery of Uzbekistan*. 2003;(3):11. (In Russ.)
- Ataliyev A.E., Mavlyanov A.R., Madaminov R.M. Justification of therapy tactics in gastroduodenal bleeding. Proceedings of the 8th Republican scientific and practical conference «Readings from Vakhidov – 2003»: «Emergency conditions in surgery». Andijan. *Khirurgiya Uzbekistana = Surgery of Uzbekistan*. 2003;(3):12–13. (In Russ.)
- Dadayev Sh.A., Tashmukhamedov R.S., Tursunmetov A.A. Justification of therapy tactics in gastroduodenal bleeding. Proceedings of the 8th Republican scientific and practical conference «Readings from Vakhidov – 2003»: «Emergency conditions in surgery». Andijan. *Khirurgiya Uzbekistana = Surgery of Uzbekistan*. 2003;(3):25–26. (In Russ.)
- Kalish Yu.I., Yuldashev R.Sh., Ozoraliyev G.B. Tactics and surgical treatment of atypical gastric ulcers complicated by bleeding. *Khirurgiya Uzbekistana = Surgery of Uzbekistan*. 2002;(4):24–27. (In Russ.)
- Khadzhibayev A.M., Malikov Yu.R., Melnik I.V. et al. Surgical tactics and treatment of recurrent ulcer bleedings. *Byulleten Assotsiatsii vrachey Uzbekistana = Bulletin of Association of Physicians of Uzbekistan*. 2005;(3):42–46. (In Russ.)
- Savelyev V.S. *Manual of Urgent Abdominal Surgery*. Moscow: Triad-X; 2004. 639 p. (In Russ.)

7. Jick S.S. The risk of gastrointestinal bleed, myocardial infarction, and newly diagnosed. *Pharmacotherapy*. 2000;20(7):741–744. doi: 10.1592/phco.20.9.741.35209.
8. Mobley H. The role of Helicobacter pylori urease in the pathogenesis of gastritis and peptic ulceration. *Alim. Pharmacol. Ther.* 1996;10(1):57–64. doi: 10.1046/j.1365-2036.1996.22164006.x.
9. Golovko G.N., Fadina Z.M., Ivannik A.B., Lunyushkina O.V. Treatment of patients with a combination of duodenal ulcer and coronary heart disease in the conditions of the health center. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik = Kremlin Medicine Journal*. 1998;(1):56–59. (In Russ.)
10. Ivashkin V.A., Shentulin A.N. Erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Vrach = Doctor*. 2001;(3):22–23. (In Russ.)
11. Gorbashko A.I. *Treatment of elderly patients with profuse gastroduodenal bleedings of ulcerative etiology*. Topical issues of abdominal surgery: collection of studies. Saint Petersburg; 1993. (In Russ.)
12. Chechurin N.S. Bleeding from chronic gastroduodenal ulcers in concomitant cardiovascular diseases: extended abstract of Cand. Sci. (Med.) Dissertation. SPb.; 2008. 22 p. Access mode: <http://medical-diss.com/docreader/424178/a?#?page=1>. (In Russ.)
13. Banić M., Sutlić Z., Biocina B., Kujundžić M., Fabijanić D., Ljubić N. et al. Peptic ulcer disease in dyspeptic patients with ischemic heart disease: search and treat? *Z Gastroenterol*. 2005;43(6):581–586. doi: 10.1055/s-2005-858073.
14. Vakhidov V.V., Kalish Yu.I., Khachiyev G.L. Peculiarities of the course of gastric and intestinal ulcer disease and its surgical treatment in elderly people. *Khirurgiya = Surgery*. 1990;(7): 8–13. (In Russ.)
15. Karimov Sh.I., Asrarov A.A., Babakhanov O.A. Surgical treatment of gastroduodenal bleedings. Proceedings of the 8th Republican scientific and practical conference «Readings from Vakhidov – 2003»: «Emergency conditions in surgery». Andijan. *Khirurgiya Uzbekistana = Surgery of Uzbekistan*. 2003;(3):44. (In Russ.)
16. Melnik I.V. Optimization of treatment tactics of recurrent ulcer bleedings: extended abstract of Cand. Sci. (Med.) Dissertation. Tashkent; 2006. 21 p. (In Russ.)
17. Isayev D.N. Surgical aspects of peptic gastroduodenal bleedings treatment in patients with coronary heart disease: extended abstract of Cand. Sci. (Med.) Dissertation. Ulyanovsk; 2003. 19 p. Access mode: <http://medical-diss.com/docreader/248023/a?#?page=1>. (In Russ.)
18. Peterson W.L. The role of acid in upper gastrointestinal haemorrhage due to ulcer and stress-related mucosal damage. *Aliment Pharmacol Ther.* 1995;9:43–46. doi: 10.1111/j.1365-2036.1995.tb00783.x.
19. Schepp W., Schusdziarra V., Classen M. Stress ulcer prophylaxis 1995. Balancing between gastrointestinal bleeding and nosocomial pneumonia. *Dtsch Med Wochenschr.* 1995;120(16):573–579. doi: 10.1055/s-2008-1055381.
20. Woodley M., Whelan A. (ed.). *Manual of medical therapeutics*. 27th edition. Boston/London/Moscow: Little, Brown and Co.; 1995.

Информация об авторах:

Хаджибаев Абдухаким Муминович, д.м.н., профессор, директор, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи; Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, д. 2

Рахимов Расулбек Иброхимович, к.м.н., старший научный сотрудник, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи; Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, д. 2; e-mail: makdiras@mail.ru

Набиев Абдукаххар Абдужалилович, к.м.н., доцент кафедры экстренной медицины, Ташкентский институт усовершенствования врачей; Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51

Махаммадинов Абдунаби Ганиевич, к.м.н., доцент кафедры экстренной медицины, Ташкентский институт усовершенствования врачей; Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51

Information about the authors:

Abdukhakim M. Khajibayev, Dr. of Sci. (Med), Professor, Director, Republican Research Center of Emergency Medicine; 2, Kichik Khalka Yuli St, Tashkent, Uzbekistan

Rasulbek I. Rakhimov, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Republican Research Center of Emergency Medicine; 2, Kichik Khalka Yuli St, Tashkent, Uzbekistan; e-mail: makdiras@mail.ru

Abdukakhkhar A. Nabiev, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Emergency Medicine, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education; 51, Parkentskaya St, Tashkent, Uzbekistan

Abdunabi G. Mahamadaminov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Emergency Medicine, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education; 51, Parkentskaya St, Tashkent, Uzbekistan