

ISSN: 3030-3877

AJCD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 3/1

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 3/1 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 3/1

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 3/1



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№3/1 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-3/1>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinolarinologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadullojeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullayeva U.K., Rakhimova M.B. Pomegranate seed oil for ulcerative colitis.....	7
2. Abdurakhmonova Q., Rakhimbaeva G. Inflammatory biomarkers and insulin resistance in acute ischemic stroke of different etiologies...	12
3. Boymuradov Sh.A., Khatamov U.A. Biomechanical and clinical analysis of atypical counterforces in maxillofacial trauma from electromechanical impacts.....	19
4. Baymuratova A.Ch. Tizza bo'g'imi ichki strukturalari jarohatlanishlarini utt orqali klinik baholash va fizioterapevtik reabilitatsiyani optimallashtirish	26
5. Boboyev Sh.R., Saidov G.N., Keldiyorova Z.D. Tajribaviy oshqozon-ichak traktining sirka kislotasi bilan kimyoviy kuyishida yo'g'on ichak devoridagi morfologik o'zgarishlarning qiyosiy tavsifi.....	32
6. Jumaeva G.A. Klinik farmakologiyada innovatsion o'quv modeli: talaba markazli yondashuv.....	38
7. Keldiyorova Z.D., Zaripova S.O. O'tkir respirator virusli infeksiyalar va torch- infeksiyasi bilan kasallangan bolalarda klinik-laborator o'zgarishlar.....	43
8. Khalikova F.Sh. Morphological structure of the thyroid gland of white rats in chemotherapy of breast cancer.....	51
9. Mirzayeva M.R., Yodgorova M.Sh. Latent course of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B: comparative evaluation of noninvasive diagnostic methods (APRI, FIB-4 and fibroscan).....	58
10. Muradimova A.R., Madjidova Y.N., Khidoyatova D.N., Sharipov F.R. Bioacoustic correction of cognitive impairment in stroke patients.....	69
11. Najmutdinova D.Q., Ismoilova Sh.S. 2-tur natriy-glyukoza kotransportyori ingibitorlarini qo'llashda jigar fibroz ko'rsatkichlari va insulinga rezistentlik dinamikasi.....	74
12. Nazirxujayev F.A. Farg'ona viloyati aholisi orasida "O'rta yer dengizi parxezi"ni qo'llash orqali surunkali pankreatit xurujlari profilaktikasini optimallashtirish.....	79
13. Nurmatova O.A. Bolalarda nefrotik sindromning profilaktikasini takomillashtirish yo'llari (Farg'ona viloyati misolida).....	84
14. Ortiqboev J.O. Molecular genetic analysis of the renin–angiotensin system in chronic kidney disease.....	89

15. Oxunova M.J.	
Farg'ona viloyatida 3 yoshgacha bolalarda pnevmoniya rivojlanishiga ta'sir etuvchi asosiy xavf omillari.....	95
16. Rasulova N.R. Temirova N.R.	
Tajribaviy kimyoterapiya natijasida ayrisimon bezdagi morfologik o'zgarishlarning qiyosiy tahlili.....	99
17. Raxmatullayeva G.K., Axmedova N.A., Kasimova M.B., Xudayberganova N.X.	
Oshqozon-ichak kasalliklarida so'rovnomas o'tkazish va uni o'rganish.....	108
18. Subkhanova Z.S., Raimkulova N.R.	
Interrelationship between gastroesophageal reflux disease and respiratory diseases: general pathogenetic mechanisms and modern research findings.....	112
19. Subxanova Z.S., Raimkulova N.R.	
Gastroezofageal refluks kasalligi, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi va bronxial astma: komorbidlikning dolzarb masalalari.....	115
20. Temirova M.B., Kasimova M.B., Axmedova N.A.	
Metabolik assotsirlangan jigar yog' kasalligida bemorlarning tana tuzilishini bioimpedance spektroskopiya yordamida baholash.....	118
21. Tukhtaeva N.Kh., Musayev H.N.	
Development of gastropathy against the background of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with rheumatoid arthritis against the background of virulent genes of helicobacter pylori.....	123
22. Абдуллаева У.К., Рахимова М.Б.	
Ярали колит хавф омиллари: замонавий қарашлар.....	128
23. Абдулхаков И.У., Абдулхаков М.И.	
Общеврачебная практика как эффективная модель профилактики неинфекционных заболеваний.....	132
24. Адизова С.Р., Носирова З.Ж.	
Преэклампсия оғирлашувида гемостаз тизимининг таъсири.....	143
25. Акрамов О.З., Аблязов О.В., Кадыров Ш.У.	
Инновационные подходы нейровизуализации при опухолях функционально важных участков мозга у детей.....	149
26. Аликулова Н.А., Ўринова Г.М.	
Мия инфаркти ва СМИ ўтказган беморларда клиник-функционал кўрсаткичлар динамикаси.....	156
27. Алимов А.А., Алимов А.В., Шарипов А.М., Шоикрамов Ш.Ш.	
Профиль инотропной поддержки у детей после коррекции врождённых пороков сердца: частота, дозы и динамика применения.....	166
28. Аллокулов Р.Р., Акрамов В.Р., Нуралиев Ф.Н.	
Кекса ва қари ёшдаги шахсларда гонартрознинг клиник-иммунологик жиҳатлари.....	172

29. Асадов Х.Ф.

Хирургия мигрени: сравнительный анализ двух хирургических методик лечения височной мигрени: нейроэктомия и декомпрессия ветви скуловисочного нерва.....182

30. Аскарров Ш.Ш., Салахитдинов Ш.Н.

Перспективные интервенционные технологии при тромботических осложнениях острого коронарного синдрома.....187

31. Гадаев А., Халимова Х., Гадаева Н.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва артериал гипертензияда буйраклар дисфункцияси (адабиётлар шархи).....193

32. Гаффорова В.Ф., Ходжиева Д.Т.

Клинико-нейрофизиологические характеристики фебрильных судорог у детей.....200

33. Давлетова Ш.Б.

Роль микробиоты кишечника в развитии неврологических заболеваний у детей.....205

34. Даминов Б.Т., Ортикбоев Ж.О.

Уровень витаминов группы В и витамина Д у больных с хронической болезнью почек в зависимости от прогрессирования заболевания.....216

35. Джураев И.Б., Курбанов О.М., Бабаназаров У.Т.

Клинические проявления патологий желудка у больных в критическом состоянии в условиях искусственного дыхания.....221

36. Жалалова В.З.

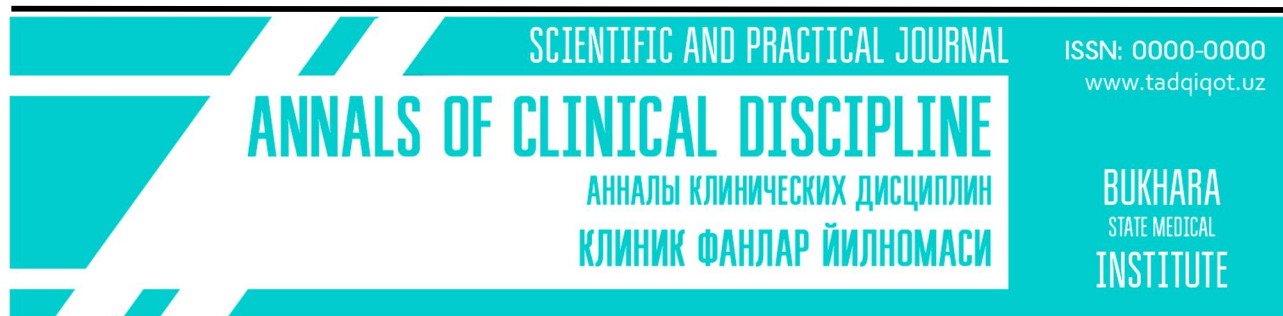
Оптимизация восстановительных процессов при физических нагрузках с помощью спирулины: морфофункциональные и клинические аспекты.....229

37. Ибодуллаева Н.М.

Бачадон саратон олди касалликлари бўлган аёлларда неврологик ва психоэмоционал ўзгаришларнинг психосоматик жиҳатлари.....237

38. Иноятлов А.Ш., Ражаматов Т.Р., Умаров Б.Я.

Функциональная и иммунологическая обоснованность применения щечного жирового лоскута при палатопластике в детском возрасте.....241



УДК:616.33-002.446

¹Джураев И.Б., ²Курбанов О.М., ³Бабаназаров У.Т.¹<https://orcid.org/0009-0007-5788-6905>²<https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>³<https://orcid.org/0009-0000-3160-6273>¹Наваинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наваи, Узбекистан^{2,3}Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17352935>

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются клинические проявления патологий желудка у больных в критическом состоянии, находящихся на искусственной вентиляции лёгких. Отмечено, что наиболее частыми симптомами являются боли и дискомфорт в эпигастрии, тошнота, рвота с примесью крови, признаки желудочного кровотечения и нарушения пищеварения. Эти проявления обусловлены ишемическими и деструктивными изменениями слизистой оболочки, нарушением микроциркуляции и стресс-индуцированными повреждениями. Ранняя диагностика и коррекция данных нарушений позволяют снизить риск тяжёлых осложнений и улучшить прогноз у критических больных.

Ключевые слова: желудок, критическое состояние, искусственная вентиляция лёгких, клинические проявления, осложнения.

¹Dzhuraev I.B., ²Kurbanov O.M., ³Babanazarov U.T.¹Navai branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Navai, Uzbekistan^{2,3}Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

CLINICAL MANIFESTATIONS OF STOMACH PATHOLOGIES IN PATIENTS IN CRITICAL CONDITION UNDER ARTIFICIAL VENTILATION

ABSTRACT

The article analyzes the clinical manifestations of gastric pathologies in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. The most common symptoms include epigastric pain and discomfort, nausea, vomiting with blood, signs of gastric bleeding, and digestive disorders. These manifestations are associated with ischemic and destructive changes in the gastric mucosa, impaired microcirculation, and stress-induced injuries. Early diagnosis and therapeutic correction help reduce the risk of severe complications and improve prognosis in critically ill patients.

Keywords: stomach, critical condition, mechanical ventilation, clinical manifestations, complications

¹Djuraev I.B., ²Qurbonov O.M., ³Babanazarov U.T.

¹Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Navoiy filiali, Navoiy, O'zbekiston

^{2,3}Buxoro davlat tibbiyot institute, Buxoro, O'zbekiston

SUN'YIY VENTILYATSIYADA BO'LGAN OG'IR AHVOLDAGI BEMORLARNI OSHQOZON PATOLOGIYALARINI KLINIK KO'RINISHLARI.

REZYUME

Maqolada reanimatsiya sharoitida sun'iy nafas oldirish apparatida bo'lgan og'ir ahvoldagi bemorlarning me'da kasalliklari klinik namoyonlari tahlil qilinadi. Eng ko'p uchraydigan belgilar qatoriga epigastriy sohasidagi og'riq va noqulaylik, ko'ngil aynishi, qon aralash qusish, me'dadan qon ketish alomatlari va dispeptik buzilishlar kiradi. Ushbu belgilar ishemiya, destruktiv o'zgarishlar, mikrotsirkulyatsiya buzilishi va stressga bog'liq shikastlanishlar bilan bog'liq. Erta tashxis va davolash choralarini o'z vaqtida qo'llash asoratlar xavfini kamaytiradi hamda og'ir ahvoldagi bemorlarning prognozini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: me'da, og'ir ahvol, sun'iy nafas oldirish, klinik belgilari, asoratlar.

Введение

Желудок является не только ключевым органом пищеварительной системы, обеспечивающим начальные этапы переваривания пищи, но и выполняет барьерную функцию, защищая организм от экзогенных инфекционных агентов. Слизистая оболочка желудка отличается высокой чувствительностью к гипоксии, ишемии и воздействию стрессовых факторов [1]. В условиях критического состояния организма и при проведении ИВЛ она подвергается выраженному воздействию неблагоприятных факторов: нарушению микроциркуляции, изменению кислотно-щелочного равновесия, снижению местных защитных механизмов и воздействию медикаментозных средств, используемых в интенсивной терапии [2].

Развитие современной интенсивной терапии и реаниматологии привело к значительному улучшению исходов у пациентов, находящихся в критическом состоянии [3]. Одним из наиболее распространённых методов жизнеобеспечения в условиях реанимации является искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ), которая позволяет компенсировать дыхательную недостаточность и поддерживать газообмен при тяжёлых повреждениях дыхательной системы, сепсисе, полиорганной недостаточности, тяжёлых травмах и других жизнеугрожающих состояниях [5]. Вместе с тем применение ИВЛ, особенно длительное, сопровождается развитием ряда осложнений, среди которых важное место занимают патологические изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, и прежде всего желудка [4].

Одним из наиболее характерных и опасных осложнений у пациентов в реанимации являются так называемые стрессовые поражения слизистой оболочки желудка. Эти повреждения формируются на фоне выраженного стресса, сопровождающего критические состояния, и проявляются эрозиями, язвами и кровотечениями. Их частота, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 40%, а клинически значимые желудочные кровотечения встречаются у 5–10% больных. Такие осложнения существенно ухудшают течение основного заболевания, увеличивают риск инфекционных осложнений, удлиняют сроки пребывания в отделении реанимации и повышают летальность [2].

Патогенез повреждений слизистой оболочки желудка у критических больных является многофакторным. В его основе лежат ишемия и гипоксия тканей, обусловленные нарушением системной и локальной гемодинамики, микротромбозами и дисфункцией эндотелия. Важную роль играют нарушения регуляции секреции желудочного сока,

активация свободнорадикальных процессов, воспалительная реакция и снижение регенераторных способностей эпителия. Дополнительное значение имеют лекарственные воздействия: использование вазоактивных средств, антибиотиков, глюкокортикостероидов и седативных препаратов, что также влияет на морфофункциональное состояние слизистой оболочки [1].

Морфологические исследования показывают, что у пациентов на ИВЛ отмечаются выраженные изменения слизистой оболочки желудка: отёк, дистрофия и некробиоз эпителия, субэпителиальные кровоизлияния, воспалительная инфильтрация и микроэрозии. В более тяжёлых случаях формируются глубокие язвенные дефекты, сопровождающиеся высоким риском кровотечения и перфорации. Эти изменения могут протекать субклинически, что делает необходимым их целенаправленное выявление и своевременную профилактику [5].

Несмотря на широкое применение средств профилактики стрессовых язв — ингибиторов протонной помпы, блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов и сукральфата — проблема остаётся актуальной. Во-первых, профилактические меры не всегда полностью предотвращают повреждения слизистой оболочки. Во-вторых, в условиях тяжёлых критических состояний даже минимальные патологические изменения могут иметь клинически значимые последствия. Кроме того, в последние годы возросло количество пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией (сахарный диабет, атеросклероз, хронические заболевания печени и почек), что дополнительно усугубляет риск гастроинтестинальных осложнений [2-6].

Целью исследования явилось выявление основных клинических изменений слизистой желудка и их клинической значимости для диагностики и профилактики осложнений.

Материалы и методы: Настоящее исследование проведено на базе отделения общей реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Навоийского филиала и охватывает клинко-морфологический анализ 67 пациентов, находившихся в критическом состоянии в период с 2022 по 2025 годы.

Все пациенты были распределены на две основные группы по характеру дыхательной поддержки:

— 1-я группа (основная, n=34): больные, находящиеся на искусственной вентиляции лёгких. Лечение включало как стандартную терапию по клиническому протоколу, так и дополнительные мероприятия, направленные на защиту слизистой оболочки, включая цитопротекторы и нутритивную поддержку.

— 2-я группа (сравнительная, n=33): больные, находящиеся в тяжёлом состоянии, но не нуждавшиеся в инвазивной вентиляции лёгких. Морфологических изменений слизистой оболочки желудка у них не выявлено. Пациенты получали базовую терапию в соответствии с действующими стандартами.

Результаты и обсуждения. У пациентов группы I, находящихся в критическом состоянии и требующих искусственной вентиляции легких (ИВЛ), клиническая картина поражений желудка отличается малосимптомностью и специфическими проявлениями. Тяжелый стресс и выраженные гемодинамические нарушения на фоне основного заболевания приводят к развитию острых повреждений слизистой желудка (эрозии, острые язвы) примерно у 60% больных при длительной ИВЛ. Кроме того, у большинства пациентов данной группы отмечались дополнительные факторы риска — шоковое состояние, коагулопатии и применение вазопрессоров — что усугубляет ишемию слизистой оболочки желудка. Следует подчеркнуть, что хронические симптомы, характерные например для пептической язвы (боль в эпигастрии, изжога), у таких пациентов обычно отсутствуют. Это связано как с действием седативной и анальгетической терапии, подавляющей чувствительность, так и с особенностями стресс-индуцированных язв, для которых не характерен выраженный болевой синдром. В подавляющем большинстве случаев первое клиническое проявление патологии желудка у интубированных критически больных связано с развитием желудочно-кишечного кровотечения.

Основным и наиболее грозным признаком поражения желудка в группе I является кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В условиях ИВЛ явные признаки кровотечения могут быть стерты или выявляться только при целенаправленном наблюдении. Нередко имеет место скрытое (оккультное) кровотечение, которое клинически никак себя не проявляет. О развитии такого осложнения косвенно свидетельствуют прогрессивное снижение уровня гемоглобина, возникновение потребности в гемотранфузиях, а также положительные результаты тестов на скрытую кровь (в кале или желудочном аспирате). Согласно нашим данным, острое гастродуоденальное кровотечение развивается примерно у 25% пациентов, при этом в 5% случаев кровопотеря достигает гемодинамически значимого уровня. Реальная частота подобных кровотечений, вероятно, еще выше, поскольку поверхностные эрозивно-язвенные поражения часто кровоточат минимально и остаются нераспознанными без инструментального обследования.

В нашем исследовании открытые желудочно-кишечные кровотечения отмечались значительно чаще у пациентов на ИВЛ, чем у больных без ИВЛ. Несмотря на проведение профилактики в первой группе, выраженность повреждений слизистой и объем кровопотери были выше, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии факторов, сопутствующих ИВЛ, на риск геморрагических осложнений. При отсутствии явных симптомов «немые» кровотечения у пациентов на ИВЛ выявлялись лишь при тщательном мониторинге: регулярной оценке показателей красной крови, исследовании испражнений на наличие мелены и анализе содержимого желудка на кровь.

Открытое желудочное кровотечение у интубированных больных проявляется появлением крови во внешних дренажах или выделениях при снижении глубины седации. Например, при аспирации через назогастральный зонд обнаруживается геморрагическое содержимое в виде «кофейной гущи» либо примесь свежей крови. Также при проведении гигиенического ухода медперсонал может отметить мелену, что указывает на кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Помимо местных проявлений, тяжелая острая кровопотеря отражается на системной гемодинамике: возникают тахикардия, артериальная гипотензия, бледность кожных покровов, холодный пот. Эти признаки служат косвенными индикаторами продолжающегося кровотечения у пациента, который не может пожаловаться на ухудшение самочувствия. В отдельных случаях при массивном кровотечении даже у интубированного больного возможна регургитация желудочного содержимого с появлением значительного количества крови в ротовой полости и просвете эндотрахеальной трубки. Такая ситуация эквивалентна картине гематемезиса и требует немедленной санации дыхательных путей.

Важно отметить, что у пациентов на ИВЛ типичные гастроэнтерологические симптомы (тошнота, рвотный рефлекс, боль) практически отсутствуют, поэтому диагностика желудочных осложнений основывается преимущественно на данных инструментальных и лабораторных исследований. Обнаружение описанных признаков желудочно-кишечного кровотечения служит показанием к экстренному расширенному обследованию. Наиболее информативным методом подтверждения патологии слизистой желудка является эндоскопическое исследование – эзофагогастродуоденоскопия, позволяющая визуализировать острые язвенно-эрозивные дефекты и источник кровотечения. Только с помощью ЭГДС можно выявить наличие повреждений слизистой желудка у пациентов группы I при отсутствии очевидных внешних симптомов.

Для сравнения, у пациентов группы II (тяжелобольные не находящиеся на ИВЛ) клинические проявления желудочной патологии могут быть несколько более разнообразными за счет сохраненной возможности субъективно ощущать и сообщать о симптомах. Хотя в целом характеризуются отсутствием выраженной боли, некоторые больные группы II отмечали дискомфорт или чувство жжения в эпигастральной области, тошноту, ощущение переполнения желудка. Появление подобных неспецифических симптомов на фоне тяжелого состояния настораживало врачей относительно возможного повреждения слизистой желудка и служило основанием для более раннего проведения диагностических тестов.

Кроме того, у пациентов без интубации и с сохраненным глотательно-рвотным рефлексом чаще наблюдалась рвота. В ряде случаев возникала рвота пищевыми массами с примесью бурого содержимого типа «кофейной гущи» или даже алой крови, что прямо указывало на острое желудочное кровотечение. Наличие у пациента в сознании кровавой рвоты (гематемезиса) позволяло незамедлительно заподозрить язвенное поражение и инициировать проведение экстренной эндоскопии. Также у больных группы II визуально чаще выявлялась мелена, так как у них сохранялась активная перистальтика кишечника и самостоятельный стул. В противоположность этому, у пациентов на ИВЛ нередко развивается паралитический илеус (вследствие критического состояния и применения опиоидных седативных препаратов), из-за чего появление испражнений задерживается либо осуществляется только при декомпрессии желудочного содержимого через зонд. Такая задержка способна отсрочить обнаружение кровотечения по изменению цвета стула.

У пациентов 1-й группы, находящихся на ИВЛ в критическом состоянии, отмечалась выраженная тяжесть состояния с частым развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). У таких больных базовые гемодинамические показатели нередко поддерживались только с помощью вазопрессоров, что свидетельствует о глубокой степени шока и гипоперфузии тканей, включая органы пищеварения. На фоне искусственной вентиляции и седации клинические проявления патологии желудка были сглажены: отсутствовали жалобы и болевой синдром, отражающие поражение слизистой, поэтому начальные признаки гастропатии часто оставались незамеченными. Тем не менее, уже в первые сутки пребывания в ОРИТ у значительной части пациентов наблюдались признаки снижения моторики желудочно-кишечного тракта: увеличение объема желудочного содержимого по назогастральному зонду, замедление пассажа пищи, вздутие эпигастральной области. Эти явления указывают на развитие острой стресс-индуцированной гастропатии и гастропареза, предшествующей более грубым повреждениям слизистой. В динамике у 1-й группы больных прогрессировали острые эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка. По мере удлинения периода критического состояния под ИВЛ происходило нарастание ишемических повреждений слизистой, что к 3–5-м суткам приводило к формированию множественных эрозий и острых стрессовых язв. В совокупности острые эрозии и язвы желудка были выявлены примерно у 60% пациентов данной группы. При этом у подавляющего большинства случаев данная патология манифестировала именно кровотечением, как первичным заметным симптомом.

Гастродуоденальные кровотечения развились примерно у четверти пациентов 1-й группы – в 26,7% случаев (8 из 30 больных). Масштабная геморрагия, приводящая к гемодинамической нестабильности, имела место реже – у 2 пациентов (6,7%), однако даже относительно небольшая потеря крови в условиях тяжелого состояния могла ухудшать показатели кровообращения. Динамика гемодинамических и лабораторных показателей у пациентов 1-й группы отражала развитие желудочных осложнений. В момент эпизодов острых гастродуоденальных кровотечений отмечалось достоверное снижение артериального давления: систолическое АД падало в среднем на 20–30% от исходного уровня (до ~85–90 мм рт.ст.), сопровождаясь рефлекторной тахикардией (ЧСС увеличивалась до 120–130 уд/мин). Такие гемодинамические сдвиги требовали увеличения доз вазопрессоров и объемной инфузионной поддержки. Параллельно выявлялись острые изменения лабораторных показателей: после эпизода кровопотери уровень гемоглобина снижался в среднем на 20–30 г/л (например, со 110 ± 5 до 80 ± 7 г/л, $p < 0,05$), возникала гемодилюционная анемия. Кроме того, у пациентов со значимой кровопотерей отмечалось удлинение времени свертывания крови и снижение количества тромбоцитов, отражающие сопутствующую коагулопатию. Эти изменения усугубляли кровоточивость и затрудняли эндоскопическую остановку кровотечения. Клиническое течение желудочных осложнений у больных на ИВЛ отличалось рядом особенностей.

Так, у нескольких пациентов группы I внезапное падение гемодинамических показателей без иной очевидной причины послужило основанием для проведения

экстренной эзофагогастродуоденоскопии, по результатам которой были выявлены обширные язвенно-эрозивные поражения желудка с признаками активного кровотечения. Эндоскопическая картина чаще всего представляла собой множественные поверхностные эрозии на фоне диффузной стресс-индуцированной гастропатии; однако в 3 случаях диагностированы более глубокие острые язвы дна и тела желудка диаметром 0,5–1,0 см, послужившие источником профузного кровотечения (Forrest Ia–Ib). Таким образом, даже при современной профилактике кислотозависимых осложнений ряд критически больных на ИВЛ испытывают тяжелые желудочные кровотечения, протекающие скрыто до достижения значительного объема кровопотери. Наличие сопутствующей полиорганной недостаточности существенно влияло на частоту и выраженность гастродуоденальных поражений. У пациентов со СПОН ишемия слизистой развивалась быстрее и глубже, что вело к более раннему (в первые 1–2 сутки) и распространенному возникновению острых эрозий. Соответственно, у больных со СПОН частота острых эрозивно-язвенных поражений желудка достигала 83%, что достоверно выше, чем у пациентов без СПОН (25%, $p<0,05$). Аналогичная тенденция отмечена и по отношению к кровотечениям: при наличии полиорганной недостаточности желудочно-кишечные кровотечения возникали значительно чаще – у 39% таких больных против лишь 8% при отсутствии СПОН ($p<0,05$). Развитие гемодинамически значимых гипотензивных эпизодов, требующих инотропной поддержки, также преобладало в группе со СПОН (67% против 25%). У этих тяжёлых пациентов отмечалось сочетание факторов риска: выраженная гипотензия, ДВС-синдром с коагулопатией, печеночная и почечная недостаточность, что в совокупности потенцировало повреждение слизистой и затрудняло компенсацию даже небольших кровопотерь. Напротив, у пациентов без полиорганного синдрома желудочные поражения развивались реже и протекали более благоприятно: эрозии носили ограниченный характер, значимые кровотечения были единичны, и состояние удавалось стабилизировать преимущественно консервативными мерами. Таблица 1. Частота и особенности желудочных осложнений у пациентов 1-й группы (ИВЛ) в зависимости от наличия СПОН (таблица 1).

Таблица 1. Частота и особенности желудочных осложнений у пациентов 1-й группы (ИВЛ) в зависимости от наличия СПОН.

Показатель осложнений	Пациенты со СПОН (n=18)	Пациенты без СПОН (n=12)
Острые эрозии/язвы желудка, n (%)	15 (83%)	3 (25%)
Желудочно-кишечное кровотечение, n (%)	7 (39%)	1 (8%)
Гемодинамическая нестабильность (шок), n (%)	12 (67%)	3 (25%)
Переливание крови (необходимо), n (%)	6 (33%)	1 (8%)
Экстренное хирургическое вмешательство, n (%)	3 (17%)	0 (0%)

Из представленных данных видно, что при развитии СПОН риск тяжелых желудочных осложнений резко возрастает. Почти у каждого второго пациента с полиорганной недостаточностью возникали угрожающие жизни кровотечения или требовались переливания крови, тогда как в отсутствие СПОН подобные осложнения были единичными. Отличия между подгруппами статистически значимы, подчёркивая критическое влияние полиорганной дисфункции на состояние ЖКТ. Стоит отметить, что все случаи, потребовавшие хирургического вмешательства, пришлось на пациентов со СПОН. В связи с развитием желудочных осложнений нередко возникала необходимость коррекции лечебной тактики. При появлении признаков кровотечения у пациентов 1-й группы проводилась экстренная эндоскопия: в 5 случаях (из 8 эпизодов кровотечений) удалось выполнить эндоскопическую остановку кровотечения (адреналиновая инъекция, термокоагуляция) и тем самым избежать открытой операции. Однако у 3 больных

консервативные меры оказались неэффективны, и потребовалось проведение неотложного хирургического вмешательства. В двух случаях выполнена резекция желудка в объёме субтотальной гастрэктомии (из-за массивного непрекращающегося кровотечения из язвенного дефекта большой кривизны), ещё у 1 пациента – ушивание перфоративной язвы. Помимо оперативных вмешательств, развитие желудочных осложнений требовало изменений в интенсивной терапии. Так, при выявлении кровотечения немедленно прекращалось энтеральное питание и возобновлялось лишь после полной остановки и стабилизации гемодинамики; на этот период пациентов переводили на парентеральное питание. Одновременно отменялись препараты, способные усугубить кровоточивость (антикоагулянты, дезагреганты), с последующим возобновлением их после снижения риска. Усиленная антисекреторная терапия (ингибиторы протонной помпы внутривенно) и цитопroteкция применялись у всех пациентов, однако при кровотечениях требовалось увеличение доз и комбинирование с гемостатическими препаратами. Таким образом, появление острых поражений желудка у критически больных диктовало необходимость пересмотра тактики лечения: временного отказа от ряда плановых мероприятий, проведения специализированных вмешательств и усиления медикаментозной поддержки. В целом, клинические проявления патологий желудка у больных в критическом состоянии на ИВЛ характеризуются скрытым началом и тяжелыми последствиями. Стресс-индуцированные эрозивно-язвенные поражения развиваются рано и часто остаются нераспознанными до появления кровотечения. Желудочные кровотечения приводят к декомпенсации состояния, удлиняют сроки пребывания в ОИТ и резко ухудшают прогноз. Полученные результаты подчёркивают необходимость постоянного мониторинга состояния желудка у критических больных на ИВЛ и раннего проведения профилактических и диагностических мероприятий для предупреждения катастрофических осложнений.

Вывод. Клиническая картина поражений желудка у критических пациентов существенно зависит от наличия либо отсутствия искусственной вентиляции легких. У больных на ИВЛ гастропатия протекает скрытно, без болевых ощущений и с минимальными внешними проявлениями вплоть до развития осложнения в виде кровотечения. Диагностика в этой группе опирается на постоянный мониторинг состояния и данные инструментальных обследований. В то же время у пациентов, сохраняющих спонтанное дыхание (группа II), могут наблюдаться некоторые классические симптомы поражения желудка (тошнота, дискомфорт, рвота), что облегчает более раннее выявление патологии. Тем не менее, в обеих группах желудочно-кишечное кровотечение остается главным и наиболее опасным проявлением патологии желудка, во многом определяя тяжесть состояния больного и прогноз. По сведениям литературы, летальность при развитии массивного кровотечения из стрессовых язв у критически больных достигает 80%, что подчеркивает необходимость своевременного выявления и профилактики данных осложнений.

Использованная литература

1. Urokov Sh.T., Dzhuraev I.B., Babanazarov U.T. - Morphological features of the gastric mucosa in patients in severe condition on artificial ventilation//New Day in Medicine 9(71)2024 330-336 https://newdayworldmedicine.com/en/new_day_medicine/9-71-2024
2. Cook, D. J., Fuller, H. D., Guyatt, G. H., Marshall, J. C., & Leasa, D. (1994). Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, 330(6), 377–381. <https://doi.org/10.1056/NEJM199402103300601>
3. Krag, M., Perner, A., Wetterslev, J., Wise, M. P., Borthwick, M., Bendel, S., & Møller, M. H. (2015). Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit: Is it indicated? *Current Opinion in Critical Care*, 21(2), 134–139. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000180>
4. Reintam Blaser, A., Starkopf, J., Alhazzani, W., Berger, M. M., Casaer, M. P., Deane, A. M., ... & Oudemans-van Straaten, H. M. (2017). Early enteral nutrition in critically ill patients:

ESICM clinical practice guidelines. Intensive Care Medicine, 43(3), 380–398. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4665-0>

5. Uroqov Shukhrat Tukhtaevich, Juraev Ikhtiyor Bozorovich, Babanazarov Umid Turobkulovich Morphological Features Of The Gastric Mucosa In Critically Ill Patients On Artificial Lung Ventilation. (2024). Eurasian Research Bulletin , 36, 54-60.

6. Ким, Н. С., & Орлов, А. Ю. (2021). Стресс-индуцированные язвы и кровотечения у пациентов в реанимации: клинико-морфологический анализ. Анестезиология и реаниматология, 66(4), 27–34.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт