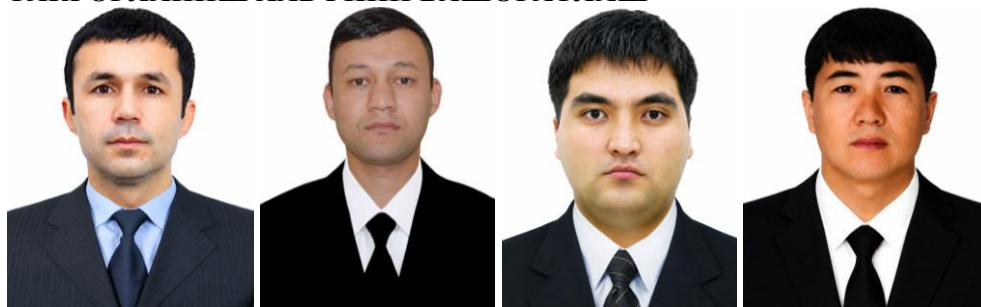


РОКАЛЛ ШКАЛАСИ АСОСИДА ЯРАЛИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАР ТАКРОРЛАНИШ ХАВФИНИ БАШОРАТЛАШ



Мансуров Тулкин Турғунович¹, Тухтаев Жамшед Қодирқулович², Хурсанов Ёқубжон Эркин ўғли³,
Исоков Хасан Аманбаевич¹

1 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали, Ўзбекистон
Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Тойлоқ тумани тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси,
Самарқанд вилояти;

3 - Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ РОКАЛЛА

Мансуров Тулкин Турғунович¹, Тухтаев Жамшед Қодирқулович², Хурсанов Ёқубжон Эркин ўғли³,
Исоков Хасан Аманбаевич¹

1 - Самарқандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Рес-
публика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 - Центральная больница Тайлакского районного медицинского объединения, Республика Узбекистан,
Самарқандская область;

3 - Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

PREDICTION OF RECURRENT GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING BASED ON THE ROCKALL SCORE

Mansurov Tulkin Turgunovich¹, Tukhtaev Jamshed Kodirkulovich², Khursanov Yokubjon Erkin ugli³,
Isokov Hasan Amanbaevich¹

1 - Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uz-
bekistan, Samarkand;

2 - Central Hospital of Taylak District Medical Association, Republic of Uzbekistan, Samarkand Region;

3 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади ярали гастродуоденал қон кетишларда Рокалл шкаласининг прогностик аҳамиятини баҳолаш ва такрорий қон кетиш хавфи юқори бўлган беморларда мақбул даволаш тактикасини аниқлашдан иборат. Тадқиқотга 121 нафар бемор киритилди, улардан 41 нафари асосий гуруҳни, 80 нафари таққослаш гуруҳини ташкил этди. Беморларнинг ёши, жинси, қон йўқотиш даражаси, яра нуқсонининг жойлашуви ва ўлчами, Форрест бўйича эндоскопик белгилар, гемодинамик кўрсаткичлар, ҳамроҳ касалликлар ва даволаш натижалари таҳлил қилинди. Модификацияланган Рокалл шкаласида 7 баллик чегара қон кетишининг такрорланиш хавфи юқори бўлган беморларни ажратилишида юқори сезувчанлик ва ўзига хосликка эга экани аниқланди. Эндоскопик навигация ва лапароскопик гемостазга асосланган гибрид тактикани қўллаш рецидивлар частотасини камайитириши, мажбурий операциялар эҳтиёжини пасайитириши ва даволашнинг бевосита натижаларини яхшилаш имконини беради.

Калит сўзлар: ярали қон кетиш, гастродуоденал яра, Рокалл шкаласи, Форрест таснифи, қон кетиш рецидиви, эндоскопия, лапароскопик гемостаз.

Abstract. The aim of the study was to assess the prognostic value of the Rockall score in gastroduodenal ulcer bleeding and to determine the optimal management strategy for patients at high risk of recurrent bleeding. The study included 121 patients, of whom 41 formed the main group and 80 formed the comparison group. Age, sex, degree of blood loss, ulcer localization and size, Forrest endoscopic stigmata, hemodynamic parameters, comorbidity and treatment outcomes were analyzed. A threshold of 7 points on the modified Rockall score was shown to identify patients at high risk of recurrent bleeding with high sensitivity and specificity. The use of a hybrid strategy based on endoscopic navigation and laparoscopic hemostasis in high-risk patients reduced recurrent bleeding, decreased the need for forced surgery and improved early treatment outcomes.

Keywords: ulcer bleeding, gastroduodenal ulcer, Rockall score, Forrest classification, recurrent bleeding, endos-

Кириш. Ярали гастродуоденал қон кетишлар шошилич абдоминал жаррохликнинг клиник жиҳатдан энг хавфли ҳолатларидан бири бўлиб, у гемодинамик беқарорлик, оғир анемия, геморрагик шок, кўп аъзоли дисфункция ва ўлим хавфининг ортиши билан кечади. Замонавий эндоскопик диагностика, протон помпа ингибиторлари, трансфузион терапия ва миниинвазив гемостаз имкониятлари кенгайганига қарамай, ярали қон кетишларнинг рецидив бемор тақдирини белгилайдиган асосий хавф омилларидан бири бўлиб қолмоқда [1, 2, 5, 7].

Муаммонинг долзарблиги шундаки, кўпчилик беморларда дастлабки гемостазга эришилганидан кейин ҳам қон кетишнинг такрорланиш эҳтимоли сақланиб қолади. Бу ҳолат айниқса кекса ёшдаги, ҳамроҳ юрак-қон томир ва соматик касалликлари бор, қон йўқотиш даражаси юқори, гемодинамикаси беқарор ва Форрест таснифи бўйича фаол ёки яқинда қон кетганлигини кўрсатувчи эндоскопик белгилар мавжуд бўлган беморларда муҳим аҳамият касб этади [3, 4, 8, 13].

Жаҳон клиник амалиётида ошқозон-ичак юқори қисмидан қон кетишларда хавфни стратификация қилиш учун бир қатор шкалалар таклиф этилган. Улар орасида Рокалл шкаласи ёш, шок белгилари, ҳамроҳ касалликлар, эндоскопик ташхис ва яқинда қон кетиш стигматаларини бирлаштирган ҳолда клиник қарор қабул қилишда кенг қўлланади [12, 17]. Шу билан бирга, Форрест таснифи ярадан қон кетиш фаоллигини эндоскопик баҳолаш ва рецидив хавфини аниқлашда амалий аҳамиятга эга [13, 14].

Ўзбекистонда, хусусан, шошилич тиббий ёрдам тизимида ярали гастродуоденал қон кетишларни эрта ташхислаш, эндоскопик гемостаз, жаррохлик кўрсатмаларини аниқлаш ва рецидив хавфини прогнозлаш масалалари катта амалий аҳамиятга эга. Маҳаллий муаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотларда ярали гастродуоденал қон кетишларда индивидуаллаштирилган фаол тактика, эндовидеолапароскопик ёндашувлар ва эндоскопик гемостаз усуллари такомиллаштириш натижаларни яхшилаши мумкинлиги кўрсатилган [1, 2, 4, 5, 6, 8].

Шу нуқтаи назардан, Рокалл шкаласини клиник-эндоскопик ва лаборатор кўрсаткичлар билан боғлиқ ҳолда қўллаш, хавфли беморларни эрта ажратиш ва уларда эндоскопик назорат ҳамда лапароскопик гемостазга асосланган гибрид даволаш тактикасини танлаш долзарб илмий-амалий йўналиш ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Ярали гастродуоденал қон кетишлар такрорланиш хавфини Рокалл шкаласи асосида баҳолаш, хавф омилларини таҳлил қилиш ва юқори хавфли беморларда гибрид эндо-

скопик-лапароскопик гемостаз тактикасининг клиник аҳамиятини асослаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали ва Самарқанд давлат тиббиёт университети 2-сон жаррохлик касалликлари кафедраси клиник материаллари асосида 2022–2026 йиллар давомида ўтказилди. Тадқиқотга ярали гастродуоденал қон кетиш билан стационар шароитда даволанган 121 нафар бемор киритилди.

Беморлар даволаш тактикасига кўра икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳ 41 нафар бемордан иборат бўлиб, уларда хавфни баҳолаш, эндоскопик мониторинг ва лапароскопик гемостаз элементларини ўз ичига олган такомиллаштирилган тактика қўлланилди. Таққослаш гуруҳи 80 нафар бемордан иборат бўлиб, уларда эндоскопик гемостазнинг анъанавий инъекцион ва электрокоагуляцион усуллари асосида даволаш амалга оширилди.

Умумий контингентда 89 нафар бемор эркаклар (73,5%), 32 нафари аёллар (26,5%) бўлди. Беморларнинг ёши 19 ёшдан 79 ёшгача ўзгарди, 60 ёшдан катта беморлар 10 нафарни (8,3%) ташкил этди. 36 нафар беморда (29,6%) юрак-қон томир, нафас, эндокрин ёки бошқа тизимларга оид ҳамроҳ патологиялар аниқланди.

Барча беморларга клиник кўрик, умумий қон таҳлили, биокимёвий таҳлиллар, коагулограмма, гемодинамик мониторинг ва шошилич фиброзофагогастродуоденоскопия ўтказилди. Эндоскопияда қон кетиш манбаи 118 беморда (97,5%) аниқланди. Қон кетиш фаоллиги Ж.А. Форрест таснифи бўйича баҳоланди.

Қон йўқотиш даражаси клиник-лаборатор мезонлар асосида баҳоланди. I даражали қон йўқотиш 21 беморда (17,4%), II даражали қон йўқотиш 73 беморда (60,3%), III даражали қон йўқотиш 25 беморда (20,7%), IV даражали қон йўқотиш 2 беморда (1,6%) кузатилди. Яра ўлчами эндоскопик визуализация асосида баҳоланиб, 5 мм гача, 5–10 мм, 10–15 мм ва 15 мм дан катта гуруҳларга ажратилди.

Рокалл шкаласи бўйича хавфни баҳолашда ёш, шок белгилари, ҳамроҳ касалликлар, эндоскопик ташхис ва яқинда қон кетиш белгилари ҳисобга олинди. Тадқиқотда яра ўлчами ва *Helicobacter pylori* билан боғлиқ клиник ахборотни инобатга олган ҳолда модификацияланган баҳолаш ёндашуви ҳам таҳлил қилинди. 7 балллик чегара юқори хавфни ажратиш нуқтаси сифатида қабул қилинди.

Натижалар. Таҳлил қилинган 121 нафар беморда клиник манзара асосан ўткир геморрагик синдром белгилари билан намоён бўлди.

Жадвал 1. Тадқиқотга киритилган беморларнинг умумий клиник-эндоскопик тавсифи

Кўрсаткич	Умумий n=121	Асосий гуруҳ n=41	Таққослаш гуруҳи n=80
Эркалар	89 (73,5%)	-	-
Аёллар	32 (26,5%)	-	-
Ёш оралиғи	19–79 ёш	-	-
60 ёшдан катта беморлар	10 (8,3%)	-	-
Ҳамроҳ патология	36 (29,6%)	-	-
Қон кетиш манбаи аниқланган	118 (97,5%)	-	-
Ўн икки бармоқ ичак пиёзчаси яраси	65 (53,6%)	25 (60,9%)	40 (50,0%)
Ошқозон пилороантрал бўлими яраси	37 (30,6%)	9 (21,9%)	28 (35,0%)
Ошқозон танаси яраси	13 (10,7%)	5 (12,2%)	8 (10,0%)
Кардиал бўлим яраси	6 (5,0%)	2 (4,9%)	4 (5,0%)
Яра ўлчами 5 мм гача	20 (16,5%)	10 (24,4%)	10 (12,5%)
Яра ўлчами 5–10 мм	71 (58,6%)	23 (56,1%)	48 (60,0%)
Яра ўлчами 10–15 мм	21 (17,4%)	6 (14,6%)	15 (18,7%)
Яра ўлчами 15 мм дан катта	9 (7,4%)	2 (4,9%)	7 (8,7%)

Барча беморларда мелена кузатилган бўлиб, 79 беморда (65,3%) «қахва қуйқаси» кўринишидаги қусиш, 42 беморда (34,7%) қон қуйқалари билан қусиш қайд этилди. Бу белгилар юқори гастроинтестинал қон кетишини эрта тахмин қилиш ва беморларни шошилишч эндоскопик текширувга йўналтириш учун асос бўлди.

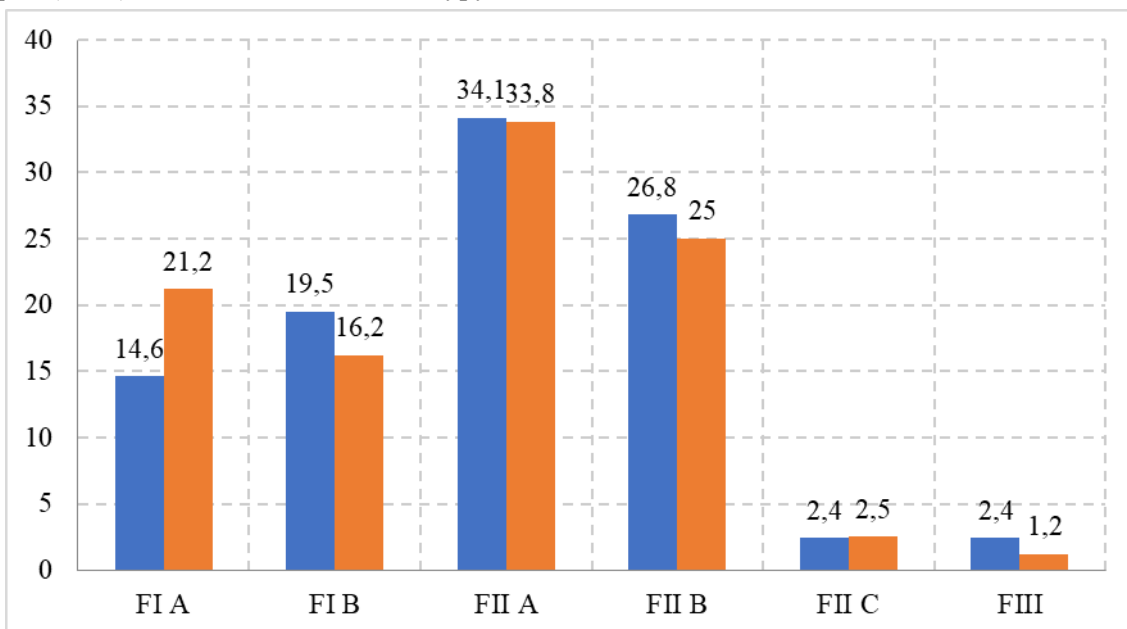
Эндоскопик текширув натижалари ЯГДҚҚда қон кетиш манбаини тез ва ишончли аниқлашнинг аҳамиятини тасдиқлади. Қон кетиш манбаи 97,5% ҳолларда топилди. Манба локализацияси бўйича ўн икки бармоқ ичак пиёзчаси етакчи ўринни эгаллади - умумий ҳисобда 65 беморда (53,6%). Бу ҳолат ярали дуоденал патологиянинг шошилишч қон кетиш структурасидаги салмоғини кўрсатади.

Форрест таснифи бўйича таҳлил қилинганда, асосий гуруҳда FI A 6 беморда (14,6%), FI B 8 беморда (19,5%), FII A 14 беморда (34,1%), FII B 11 беморда (26,8%), FII C 1 беморда (2,4%) ва FIII 1 беморда (2,4%) аниқланди. Таққослаш гуруҳида

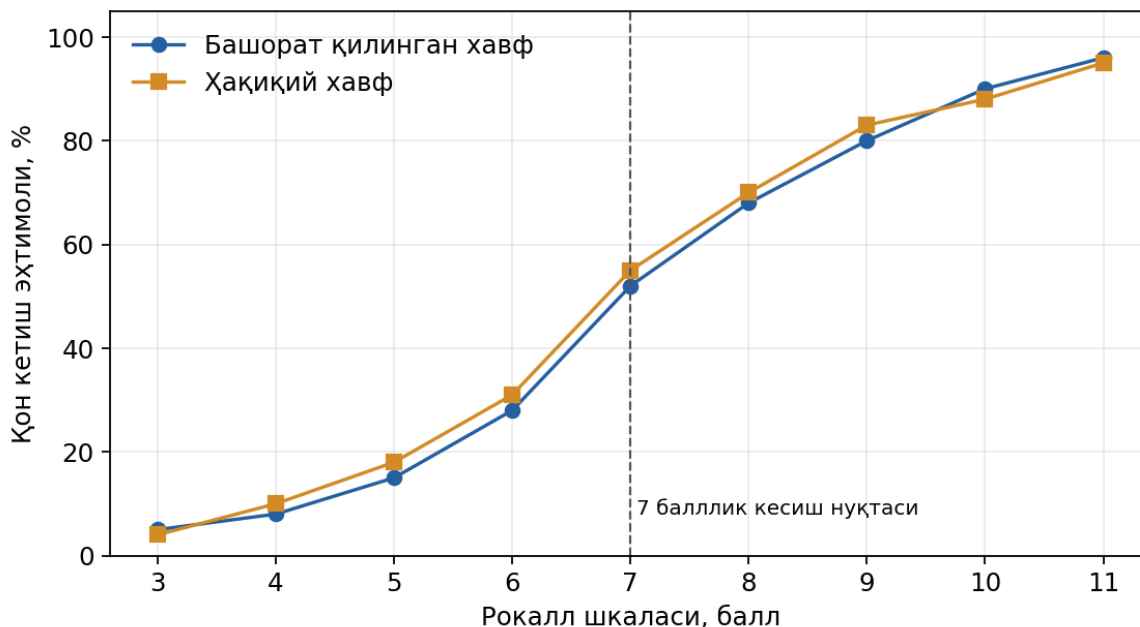
FI A 17 беморда (21,4%), FI B 13 беморда (16,2%), FII A 27 беморда (33,7%), FII B 20 беморда (25,0%), FII C 2 беморда (2,5%) ва FIII 1 беморда (1,2%) кузатилди.

Яра ўлчамига кўра таҳлил ўтказилганда, 5–10 мм оралиғидаги яралар энг кўп учради ва 71 беморни (58,6%) ташкил этди. 15 мм дан катта яралар сони нисбатан кам бўлгани билан, улар қон кетиш такрорланиши ва гемостаз самарасизлиги нуқтаи назаридан клиник жиҳатдан алоҳида аҳамиятга эга бўлди. Назорат гуруҳида ретроспектив таҳлилда 5–10 мм яраларда қон кетиш рецидиви 13 ҳолатда, 10–15 мм яраларда 9 ҳолатда кузатилгани аниқланди.

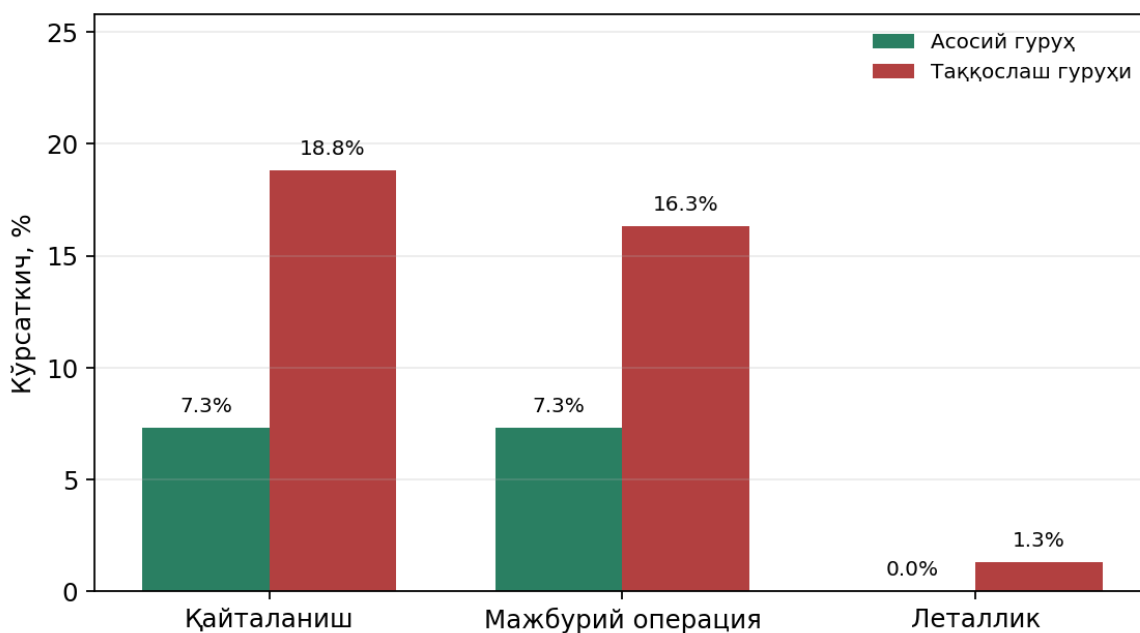
Рокалл шкаласи бўйича баллар ошиши билан қон кетиш такрорланиши эҳтимоли ҳам ортиб борди. 7 балллик чегара беморларни клиник жиҳатдан хавфли ва нисбатан барқарор тоифаларга ажратишда муҳим нуқта сифатида намоён бўлди.



Расм 1. Форрест таснифи бўйича қон кетиш фаоллигининг гуруҳлар кесимида тақсимланиши



Расм 2. Роқалл баллари ошганда қон кетишнинг такрорланиш хавфи динамикаси



Расм 3. Асосий ва таққослаш гуруҳларида даволаш натижаларининг солиштирма кўрсаткичлари

Модификацияланган баҳолашда 7 балл ва ундан юқори кўрсаткичга эга беморлар фаол гемостаз, такрорий эндоскопик назорат ва жарроҳлик тактикасини эрта режалаштиришга муҳтож контингент сифатида баҳоланди. Роқалл шкаласининг клиник қиймати унинг кўп омилли табиати билан изоҳланади. Ёш, шок белгиси, гемодинамик беқарорлик, ҳамроҳ патологиялар ва эндоскопик стигматалар биргаликда беморнинг ҳақиқий хавфини алоҳида кўрсаткичларга нисбатан тўлиқроқ акс эттиради. Тадқиқот маълумотларига кўра, 7 балллик чегарада шкаланинг қон кетиш рецидивини башорат қилишдаги сезувчанлиги 98,7%, ўзига ҳослиги эса 95% даражада баҳоланди. Корреляцион таҳлил Роқалл баллининг ёш ва ҳамроҳ касалликлар билан мусбат боғлиқлигини, систолик ва диастолик

артериал босим, шунингдек гематокрит билан манфий боғлиқлигини кўрсатди. Алговер индекси ва қон йўқотиш даражаси билан кучли мусбат боғлиқлик аниқланди. Бу эса шкаланинг гемодинамик оғирлик ва геморрагик дефицитни комплекс акс эттириш имкониятини тасдиқлайди.

Даволаш натижаларини баҳолашда асосий гуруҳда қўлланилган гибрид эндоскопик-лапароскопик тактика муҳим устунликка эга экани кўринди. Эндоскопик навигация орқали қон кетиш манбасини аниқлаш ва лапароскопик транссероз гемостазни амалга ошириш жарроҳга ичи бўш аъзони очмасдан, қон кетаётган томирни мақсадли тикиш ёки клипслаш имконини берди.

Таққослаш гуруҳида эндоскопик инъекцион гемостаздан кейин қон кетиш рецидиви 21,6%, электрокоагуляция гемостаздан кейин 16,3% ни

ташкил этди. Асосий гуруҳда таклиф этилган гибриду усул қўлланилганда рецидивлар 7,3% гача камайди. Мажбурий операциялар частотаси асосий гуруҳда 7,3%, таққослаш гуруҳида 16,3% бўлди. Леталлик асосий гуруҳда қайд этилмади, таққослаш гуруҳида эса 1,3% ни ташкил этди.

Муҳокама. Олинган натижалар ярали гастродуоденал қон кетишларда хавфни эрта стратификация қилиш даволаш тактикасини танлашнинг марказий элементи эканини кўрсатади. Фақат қон кетишнинг мавжудлигини аниқлаш етарли эмас; қайси беморда гемостаздан кейин рецидив эҳтимоли юқори эканини олдиндан баҳолаш зарур. Бундай ёндашув шошилиш жарроҳликда ресурсларни тўғри тақсимлаш, беморни реанимация бўлимида кузатиш муддатини белгилаш, такрорий эндоскопия ёки жарроҳлик аралашуви заруратини эрта аниқлаш имконини беради.

Форрест таснифи эндоскопист ва жарроҳ ўртасида умумий клиник тил вазифасини бажаради. FI A ва FI B ҳолатлари фаол қон кетишни, FII A ва FII B эса яқинда қон кетиш белгиларини акс эттиради. Шу сабабли ушбу тоифаларда Рокалл балли юқори бўлган беморларни оддий кузатувда қолдириш хавфли бўлиши мумкин. Айнан шу гуруҳда гибриду эндоскопик-лапароскопик гемостаз тактикаси клиник жиҳатдан асосли ҳисобланади.

Тадқиқотда 121 беморнинг таҳлили шуни кўрсатдики, яра локализацияси ва ўлчами рецидив хавфига сезиларли таъсир кўрсатади. Ўн икки бармоқ ичак пиёзчаси ва пилороантрал зонадаги яралар анатомик жиҳатдан йирик томирлар яқинлиги сабабли клиник жиҳатдан хавфли бўлиши мумкин. Катта яра нуқсонларида эса коагуляция ёки инъекцион гемостазнинг тўлиқ ва барқарор таъсири чекланиши мумкин.

Гибриду гемостазнинг устунилиги шундаки, у эндоскопиянинг диагностик аниқлиги ва лапароскопиянинг жарроҳлик имкониятларини бирлаштиради. Эндоскопик ёруғлик ёрдамида диафаноскопик йўналтириш қон кетиш манбасининг проекциясини аниқ кўрсатади, лапароскопик тикиш эса гемостазни механик жиҳатдан мустаҳкамлайди. Бу, айниқса, эндоскопик гемостаздан кейин рецидив хавфи юқори бўлган беморлар учун муҳим.

Шу билан бирга, Рокалл шкаласини абсолют ва ягона қарор қабул қилиш воситаси сифатида қабул қилиш тўғри эмас. У клиник фикрлашни алмаштирмайди, балки уни тизимлаштиради. Беморнинг умумий аҳволи, гемодинамикаси, лаборатор динамикаси, яра морфологияси, эндоскопист ҳулосаси ва реаниматологик баҳолаш билан биргаликда қўлланилганда шкаланинг амалий самарадорлиги юқори бўлади.

Самарқанд филиали материаллари асосида олинган натижалар маҳаллий шошилиш жарроҳлик амалиётида хавфга йўналтирилган ёнда-

шувни янада кенг жорий этиш зарурлигини кўрсатади. Рокалл шкаласи бўйича юқори хавфли беморларни эрта ажратиш, уларга индивидуал назорат алгоритмини қўллаш ва зарур ҳолларда гибриду гемостазни танлаш қайталанишларни камайтириш ҳамда даволаш натижаларини яхшилашнинг муҳим йўналиши бўлиб хизмат қилади.

Амалий тавсиялар. 1. Ярали гастродуоденал қон кетиш билан қабул қилинган барча беморларда дастлабки клиник баҳолашдан кейин Рокалл шкаласи бўйича хавф даражасини ҳисоблаш мақсадга мувофиқ.

2. Форрест FI A, FI B, FII A ва FII B тоифаларидаги беморларда Рокалл балли 7 ва ундан юқори бўлса, қон кетиш рецидиви хавфи юқори деб баҳоланиши керак.

3. Катта яра нуқсонли, гемодинамик беқарорлик, Алговер индекси ошиши, гематокрит пасайиши ва ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги эндоскопик гемостаздан кейин ҳам фаол кузатувни талаб қилади.

4. Юқори хавфли беморларда эндоскопик навигация ва лапароскопик гемостазга асосланган гибриду аралашувни эрта режалаштириш рецидивлар ва мажбурий операциялар сонини камайтиришга хизмат қилади.

5. Даволаш натижаларини яхшилаш учун жарроҳ, эндоскопист ва реаниматолог иштирокидаги мультидисциплинар қарор қабул қилиш амалиётини стандартлаштириш зарур.

Хулосалар:

1. 121 нафар бемор материаллари асосида ўтказилган таҳлил ярали гастродуоденал қон кетишларда Рокалл шкаласи рецидив хавфини аниқлашда муҳим прогностик восита эканини кўрсатди.

2. Модификацияланган Рокалл шкаласида 7 балллик чегара қон кетиш такрорланиши хавфи юқори бўлган беморларни ажратиш учун амалий аҳамиятга эга бўлиб, прогностлашнинг юқори сезувчанлиги ва ўзига хослиги билан тавсифланди.

3. Форрест бўйича фаол қон кетиш ёки яқинда қон кетганлик белгиларининг мавжудлиги, яра ўлчамининг катталиги, гемодинамик беқарорлик, гематокрит пасайиши ва ҳамроҳ касалликлар рецидив хавфини оширувчи асосий омиллардан ҳисобланади.

4. Эндоскопик назорат ва лапароскопик гемостазни бирлаштирган гибриду тактика қон кетиш рецидивини 7,3% гача камайтириш, мажбурий операциялар частотасини пасайтириш ва асосий гуруҳда леталликни бартараф этиш имконини берди.

5. Ярали гастродуоденал қон кетишларда даволаш тактикаси беморнинг клиник ҳолати, Рокалл шкаласи, Форрест таснифи ва яра морфологиясига асосланган индивидуаллаштирилган алгоритм асосида танланиши лозим.

Адабиётлар:

1. Ачилов М.Т., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И. Гастрэктомия при желудочных кровотечениях // Наука и мир. - 2020. - № 7(83). - С. 62–65.
2. Бобокулов А.У. Причины развития осложненного кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки: обзор литературы // HealthWay. - 2025. - Vol. 1, № 7. - С. 67–71.
3. Рахмонов Ф.С., Шоназаров И.Ш. Гастродуоденал ярали қон кетиш хирургиясида замонавий ёндашувлар // Miasto Przyszłości. - 2024. - № 46. - С. 1071–1076.
4. Рахмонов Ф.С., Шоназаров И.Ш. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Research Focus International Scientific Journal. - 2024. - Vol. 3, № 8. - С. 98–106.
5. Ризаев Э.А., Бабакулов Ш.Х., Сайфуддинов А.А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений: обзор литературы // Tadqiqotlar. - 2025. - Т. 61, № 2. - С. 325–332.
6. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. - 2024. - № 16(1). - С. 280–284.
7. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. - 2024. - № 16(1). - С. 272–279.
8. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжёлого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Т. 4, № 3. - С. 6–11. DOI: 10.55620/ujcr.4.3.2024.1.
9. Ризаев Э.А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific Approach to the Modern Education System. - 2024. - Т. 3, № 29. - С. 138–139.
10. Ризаев Э.А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. - 2024. - Т. 7, № 71. - С. 189.
11. Ризаев Э.А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // Scientific Approach to the Modern Education System. - 2024. - Т. 3, № 29. - С. 140–141.
12. Ризаев Э.А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. - 2024. - Т. 7, № 71. - С. 120.
13. Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24.
14. Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Surgery of cholelithiasis in patients older than 60 years // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 25–29.
15. Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B., Northfield T.C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage // Gut. - 1996. - Vol. 38, № 3. - P. 316–321.
16. Tukhtaev J.K., Khursanov Y.E., Isokov H.A., Mansurov T.T. Selecting a method for predicting recurrent gastro-duodenal ulcer bleeding // Samarkand State Medical University clinical materials. - 2026.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ РОКАЛЛА

Мансуров Т.Т., Тухтаев Ж.К., Хурсанов Ё.Э.,
Исоков Х.А.

Резюме. Цель исследования заключалась в оценке прогностической значимости шкалы Rockall при язвенных гастродуоденальных кровотечениях и определении тактики ведения пациентов с высоким риском рецидива. В исследование включен 121 больной, из них 41 пациент составил основную группу и 80 пациентов - группу сравнения. Проанализированы возраст, пол, степень кровопотери, локализация и размеры язвенного дефекта, эндоскопическая активность кровотечения по Forrest, гемодинамические показатели, сопутствующая патология и результаты лечения. Установлено, что пороговое значение 7 баллов по модифицированной шкале Rockall позволяет выделить группу высокого риска с высокой чувствительностью и специфичностью прогнозирования повторного кровотечения. Применение гибридной тактики с эндоскопической навигацией и лапароскопическим гемостазом у пациентов высокого риска способствует снижению частоты рецидивов, уменьшению потребности в вынужденных операциях и улучшению непосредственных результатов лечения.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, гастродуоденальная язва, шкала Rockall, Forrest, рецидив кровотечения, эндоскопия, лапароскопический гемостаз.