



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616.329: 616.14-005.1-072.1-089.

КОМБИНИРОВАННЫЕ СТРАТЕГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ

Хабидуллаев Шохрух Рашиданжон угли, e.mail: khabibullayev.shokhrukh@bk.ru

<https://orsid.org/0009-0004-2415-4909>

Шаматов Элёр Баходирович, e.mail: shamatov_elyor@mail.ru

<https://orsid.org/0009-0002-1495-4828>

Мирзаев Шохрух Мухиддинович e.mail: scalpel97@mail.ru

<https://orsid.org/0009-0003-4654-5014>

Среднеазиатский медицинский университет Узбекистан, г. Фергана,
ул. Бурхониддина Маргинони, 64 тел: +998 95 485 00 70 e-mail: info@camuf.uz

✓ Резюме

Язвенные гастродуоденальные кровотечения остаются одной из ведущих причин неотложных хирургических вмешательств. В данной работе рассматривается эффективность малоинвазивного комбинированного эндоскопического гемостаза при лечении данной патологии. Проведен анализ клинических данных пациентов, которым была выполнена комбинированная методика гемостаза, включающая инъекционную терапию, механическую и термокоагуляционную обработку. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность метода в снижении частоты рецидивов и улучшении показателей выживаемости. Введение малоинвазивных комбинированных методик, включающих инъекционную, механическую и термическую обработку, демонстрирует перспективные результаты в клинической практике.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, эндоскопический гемостаз, малоинвазивные методики, комбинированное лечение, гастродуоденальная язва.

COMBINED STRATEGIES OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN ULCER BLEEDING: MINIMALLY INVASIVE DEVELOPMENT VECTOR

Khabibullaev Shokhrukh Ravshanjan ugli e.mail: khabibullayev.shokhrukh@bk.ru

<https://orsid.org/0009-0004-2415-4909>

Shamatov Elyor Bakhodirovich e.mail: shamatov_elyor@mail.ru

<https://orsid.org/0009-0002-1495-4828>

Mirzaev Shokhrukh Mukhiddinovich e.mail: scalpel97@mail.ru

<https://orsid.org/0009-0003-4654-5014>

Central Asian Medical University Uzbekistan, Fergana, Burhoniddin Marginoniy Street 64
tel:+998 95 485 00 70 e-mail: info@camuf.uz

✓ Rezume

Ulcerative gastroduodenal bleeding remains one of the leading causes of emergency surgery. This paper examines the effectiveness of minimally invasive combined endoscopic hemostasis in the treatment of this pathology. The analysis of clinical data of patients who underwent a combined hemostasis technique, including injection therapy, mechanical and thermocoagulation treatment. The results obtained confirm the high efficiency of the method in reducing the frequency of relapses and improving survival rates. The introduction of minimally invasive combined techniques, including injection, mechanical and thermal treatment, demonstrates promising results in clinical practice.

Keywords: ulcerative bleeding, endoscopic hemostasis, minimally invasive techniques, combined treatment, gastroduodenal ulcer.



Актуальность

В настоящее время методы эндоскопического гемостаза играют важную роль в лечении больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Само внедрение в клиническую практику эндогемостаза помогло избежать большого числа экстренных операций, позволив принципиально иначе взглянуть на необходимость оперативного лечения многих пациентов с кровотечением из язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки или, как минимум, дав возможность отсроченного проведения операции после соответствующей подготовки больных [1-4].

К сегодняшнему дню предложено более пятидесяти методик эндоскопической остановки кровотечения, практически ежегодно появляются новые или модифицируются прежние способы воздействия на источник кровотечения в гастродуоденальных язвах [5].

Несмотря на все многообразие способов эндогемостаза и наличие более или менее конкретных показаний к применению каждого, в конкретной клинике, как правило, используется не более двух или трех определенных методик. Это связано не столько с известным консерватизмом и приверженностью традициям, сколько с крайне ограниченными материальными возможностями стационаров [6-8].

Как показывает практика, даже самые современные средства эндогемостаза нередко вызывают у клиницистов досаду и разочарование вследствие возникшего рецидива кровотечения. И это связано не с несовершенством методики или техники выполнения процедуры, а с некорректной постановкой задачи и, соответственно, с неадекватностью ожидаемого от эндогемостаза результата имеющимся реалиям патологического процесса. Глубоким заблуждением, например, будет ожидание стабильного гемостаза после любых эндоскопических манипуляций при кровотечении Forrest I а из каллезной язвы малой кривизны желудка [9, 10].

Язвенные кровотечения составляют до 50% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений и сопровождаются высокой летальностью, достигая 5–14% в зависимости от тяжести состояния пациента [11, 12].

Современные методы эндоскопического гемостаза позволяют значительно снизить смертность и риск рецидивов, однако их эффективность зависит от применяемых техник и комбинированного подхода. Введение малоинвазивных комбинированных методик, включающих инъекционную, механическую и термическую обработку, демонстрирует перспективные результаты в клинической практике.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность малоинвазивного комбинированного метода эндоскопического гемостаза у пациентов с язвенными кровотечениями желудка и двенадцатиперстной кишки, выявить его преимущества перед традиционными методиками и проанализировать частоту рецидивов кровотечений.

Материал и методы

Наши исследования проводились в нашей клинике «FTD» и «MDM Юлдашев», а также в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2021 г по 2024 гг. Малоинвазивный комбинированный метод эндоскопического гемостаза был применен на более 70 пациентах.

Проведено ретроспективное когортное исследование пациентов с язвенными кровотечениями, которым выполнялся эндоскопический гемостаз с применением различных методик.

Критерии включения:

- Подтвержденное эндоскопически язвенное кровотечение (I–IIb классы по Форресту);
- Возраст пациентов от 18 до 80 лет;
- Отсутствие терминальных стадий заболеваний.
- Методы эндоскопического гемостаза

Пациенты были разделены на две группы:

1. Основная группа (n = 120) – применение комбинированного малоинвазивного метода (инъекционная терапия адреналином, механический клиппинг, термокоагуляция).

2. Контрольная группа (n = 100) – стандартная инъекционная терапия адреналином с монотерапией (либо механической, либо термокоагуляционной).

Нами была проведена статистическая обработка. Для анализа данных использовались методы описательной статистики, критерий χ^2 , t-критерий Стьюдента и анализ выживаемости методом Каплана-Майера. Статистическая значимость принималась при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Первичный гемостаз был достигнут у 98,3% пациентов основной группы и 91% в контрольной ($p = 0,032$).

Частота рецидивов кровотечений составила 8,4% в основной группе и 18% в контрольной ($p = 0,014$).

Средняя длительность госпитализации составила $7,2 \pm 2,3$ суток в основной группе и $9,1 \pm 3,1$ суток в контрольной ($p = 0,027$).

Обсуждение

При лечении мы применяли комбинацию 3 методов: это обкалывание кровоточащей язвы растворами из адреналина 0,18% и этилового спирта 96%, в последующем клипирование кровоточащих сосудов клипсами. В зависимости от площади кровоточащей поверхности и плотности тканей в язве применялись стандартные, длинные или короткие клипсы (10, 12, 14 и 16 мм) (рис.1).



Рис.1. Инъектор Клипса

Для достижения гидравлической компрессии кровоточащих сосудов язвенного кратера игла эндоскопического инъектора, проведенная через биопсийный канал эндоскопа, вкалывается на максимальную глубину в периульцерозной зоне в 2-3 мм от источника кровотечения поочередно из 5-6 точек. Через инъектор в стенку желудка или 12-перстной кишки вводится лекарственный препарат в объеме до 20-50 мл до образования отчетливого выбухающего валика вокруг источника кровотечения («инфильтрационный жгут»). Обычно бывает достаточно 10-20 мл раствора для полного гемостаза или для резкого уменьшения интенсивности кровотечения (рис.2).

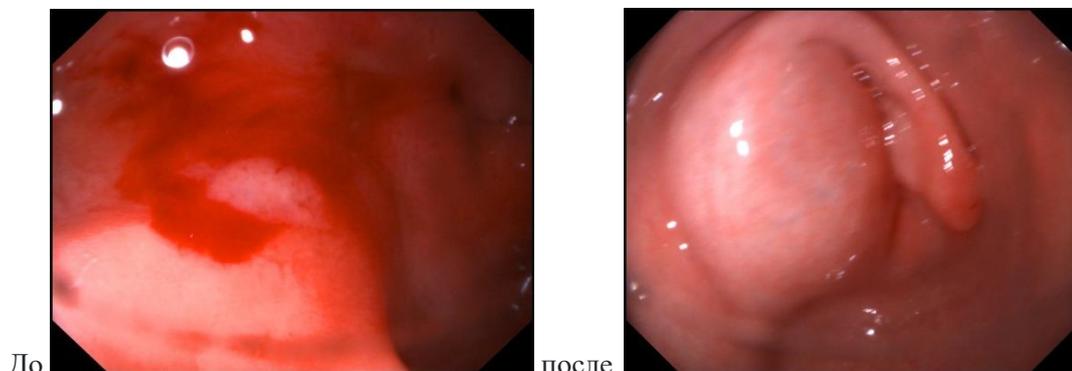


Рис.2

Недостатками инфльтрационного гемостаза с целью компрессии и спазма сосудов язвенного кратера является уменьшение тампонирующего эффекта при рассасывании инфiltrата и исчезновение вазоконстрикции по мере резорбции адреналина с возможным рецидивом кровотечения. В этой связи введение лекарственного препарата по периферии активно (Forrest Ia – Ib) кровоточащего участка часто служит только подготовительным этапом перед основным гемостатическим воздействием. После обкалывания кровоточащего участка с целью остановки или уменьшения интенсивности кровотечения за счет сдавления кровоточащего сосуда производится прицельное отмывание, осмотр зоны кровотечения и выбор основного метода гемостаза.

Следует помнить, что инъекции вазоконстрикторов и особенно препаратов, вызывающих повреждение тканей, могут приводить к расширению зоны некроза в дне язвы и связанным с этим рецидивам кровотечения, появлению новых очагов некроза в местах инъекции, а также к перфорации стенки желудка и 12-перстной кишки. Для профилактики осложнений количество вводимых склерозантов и спирта должно быть минимальным.

Таким образом, инфiltrационный гемостаз может быть использован в качестве самостоятельного (основного) метода гемостаза, как подготовительный этап к основному гемостатическому воздействию, а также для усиления гемостатического эффекта в сочетаниях с другими методами эндоскопического гемостаза. Доказанных преимуществ определенных лекарственных препаратов, применяемых для инфiltrационного эндогемостаза, на сегодняшний день не приведено.

Для достижения наилучших результатов при использовании инфiltrационного метода эндогемостаза следует проводить его по двухэтапной схеме. При этом на первом этапе используется средства для создания перивазального инфiltrата и вазоконстрикторы для остановки активного кровотечения, а затем в условиях отчетливой прицельно вводятся склерозанты в минимальных дозах.

К методам механического воздействия при кровотечении из ЯБЖД относится эндоскопическое клипирование источника кровотечения. Клипированием называется аппликация специальных металлических скобок (клипс) прицельно на стенку аррозированного сосуда в язвенном кратере или непосредственно на кровоточащий участок язвы. Введение в просвет желудка, прицельная установка на источник кровотечения и фиксация клипсы производится с помощью аппликатора (клипатора), проводимого через инструментальный канал эндоскопа. До недавнего времени для использования аппликаторов подходили только сверхширококанальные эндоскопы с диаметром инструментального канала 9, 8 мм. В настоящее время к применению в клинической практике доступны аппликаторы, проводимые через инструментальный канал стандартного (2, 8 мм) и даже педиатрического (2 мм) эндоскопов.

Показаниями к проведению эндоскопического гемостаза клипированием при кровотечениях ЯБЖД являются: наличие видимого кровоточащего (Forrest Ia) или некровоточащего (Forrest IIa) сосуда в дне гастродуоденальной язвы (как с полным поперечным дефектом стенки сосуда, так и с тангенциальным повреждением его стенки), изъязвление Dieulafoy; наличие локального кровоточащего участка в язвенном кратере (Forrest Ib) (рис.3).

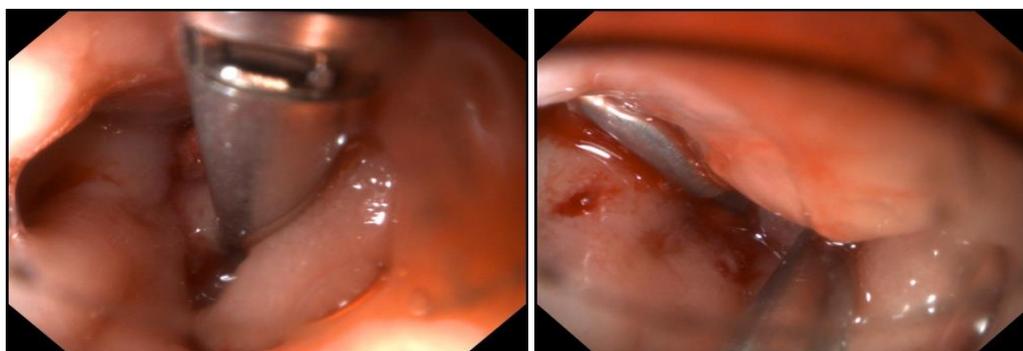


Рис.3

Техника эндоскопического наложения клипсы при кровотечениях из гастродуоденальных язв весьма специфична, требует значительного опыта работы с эндоскопическим инструментарием

и может меняться в зависимости от конкретных условий: локализации патологического очага, его размеров и плотности тканей, величины, направления хода и глубины залегания кровеносных сосудов, достаточного для наложения клипсы обнажения стенки сосуда, отчетливой визуализации кровоточащего сосуда (рис.4).



Рис.4

Из наших наблюдений и проведенных процедур, можно сделать **вывод**:

При комбинированном использовании различных методов эндоскопического гемостаза (обкальвание и клиппирование) не только улучшают результаты лечения, но и помогают больному быстрее восстановить дееспособность, сокращая койка дни, проведенные в стационаре.

Основанием для использования комбинации методов является то, что введение растворов, оказывающих компрессию тканей и вазоконстрикцию, дает лишь временный гемостатический эффект, который не всегда достаточен для стабильного тромбирования сосудов. Кроме того, многократное и интенсивное применение одного метода чревато развитием осложнений. В этой связи комбинация методов позволяет повысить эффективность эндогемостаза и уменьшить негативное воздействие каждого из применяемых методов.

Комбинированная методика эндоскопического гемостаза продемонстрировала более высокую эффективность по сравнению с традиционными подходами. Инъекционное введение адреналина способствует временной вазоконстрикции, что уменьшает кровоток в поврежденном сосуде. Использование клиппирования позволяет механически закрыть источник кровотечения, а термокоагуляция окончательно разрушает патологические сосуды. Данный подход снижает риск рецидивов и уменьшает необходимость в хирургическом вмешательстве.

Заключение

- Комбинированная малоинвазивная методика эндоскопического гемостаза эффективнее стандартных подходов, снижая частоту рецидивов и сокращая срок госпитализации;
- Применение инъекционного, механического и термического компонентов в комплексе повышает устойчивость достигнутого гемостаза;
- Методика безопасна, проста в применении и может быть рекомендована для рутинной клинической практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Веденин Ю.И., Акинчиц А.Н., Ногина А.А., Мандриков В.В., Гушул А.В. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Волгоград: ВолгГМУ, 2023.
2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Алешина В.С., Персов М.Ю. Эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2012.
3. Гольдберг А.П. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2009.

4. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Солоницын Е.Г., Ризаханов Д.М. Малоинвазивные методики лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. // Эндоскопическая хирургия, 2008.
5. Курбонов Х.Х. Эндоскопическая диагностика и лечение послеоперационных желудочно-кишечных кровотечений: дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2010.
6. Jensen D. M., Machicado G. A. "Endoscopic hemostasis for ulcer bleeding: an evidence-based approach." *Gastroenterology* 2020.
7. Laine L., Jensen D. "Management of patients with ulcer bleeding." // *American Journal of Gastroenterology* 2018.
8. Barkun A. N., Bardou M. "International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding." // *Annals of Internal Medicine*, 2019.
9. Sung J. J., Tsoi K. K. "Effect of endoscopic hemostasis on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a systematic review." // *Gastrointestinal Endoscopy*, 2021.
10. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Эндоскопическая хирургия, 2012.
11. Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Авакимян С.В. Сочетание перфорации и кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Кубанский научный медицинский вестник, 2017.
12. Кадыров Р. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях. // Журнал проблемы биологии и медицины 2018.
13. Шаматов Э., Хабибуллаев Ш. (2025). Лигирование варикознорасширенных вен пищевода при портальной гипертензии. //Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2025;5(2):29-33. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14832250>
14. Хабибуллаев Ш., Шаматов Э. (2025). Баллонирование желудка: Инновационный метод снижения веса. //Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2025;5(2):23-28. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14832197>

Поступила 20.01.2025