



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

11 (85) 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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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. ІЦЕГОЛОВ (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)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz
<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2025, Accepted: 06.11.2025, Published: 10.11.2025

УДК 616.33/616.34-005.1-089.87

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

Расулов Ахад Абдуллаевич rasulovahad@gmail.com
Курбанов Обид Махсудович <https://orcid.org/0000-0003-2522-9955>
Ярикулов Шухрат Шокирович <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В статье представлен обзор литературы по проблеме острых язвенных гастродуоденальных кровотечений. Подробно изложены вопросы диагностики, рассмотрены методы исследования первой и второй линий, диагностическая значимость гастродуоденоскопии, компьютерной томографии, ангиографии висцеральных ветвей брюшной аорты. Эндоскопия, как правило, является методом диагностики первой линии, значимость КТ окончательно не определена. При сложных случаях у тяжелых пациентов по результатам междисциплинарного обсуждения в качестве метода диагностики может применяться ангиография. Проведен анализ существующих методов стратификации тяжести кровотечения, наличия и угрозы рецидива кровотечения. Представлены характеристика и показания к эндоскопическим, консервативным, хирургическим и эндоваскулярным методам гемостаза, последовательности их применения. Особое внимание уделено вопросам прогнозирования, выбора лечебной тактики и профилактики рецидива кровотечения.

Ключевые слова: гемостаз, гастродуоденальных кровотечений, эндоскопического гемостаза, желудочно-кишечных кровотечений.

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШ МУАММОСИННИГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ ВА ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗ ИМКОНИЯТЛАРИ

Расулов Ахад Абдуллаевич rasulovahad@gmail.com
Курбанов Обид Махсудович <https://orcid.org/0000-0003-2522-9955>
Ярикулов Шухрат Шокирович <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу мақолада сўнгги 15 йил ичидаги ўтқир ярали гастродуоденал қон кетиши муаммоси бўйича адабиётлар шарҳи келтирилган. Диагностика масалалари батафсил тавсифланган, гастродуоденоскопиянинг диагностик аҳамияти, компьютер томографияси, қорин аортасининг виссерал шохларининг ангиографияси кўриб чиқилган. Эндоскопия, қонда тарикасида, биринчи даражали диагностика усули бўлиб, КТ нинг аҳамияти аниқ аниқланмаган. Оғир беморларда мураккаб ҳолатларда, мултидистиллинар мунозара натижаларига кўра, ангиография диагностика усули сифатида ишилатилиши мумкин. Қон кетишининг оғир даражаларида мавжуд усулларини таҳтил қилиш, қон кетишининг мавжудлиги ва қайталаниши хавфи амалга оширилади. Гемостазнинг эндоскопик, конвератив, жарроҳлик ва эндоваскуляр усулларининг хусусиятлари ва қўрсаткичлари ва уларни кўллаш кетма-кетлиги келтирилган. Прогнозлаши, даволаши тактикани танлаши ва қон кетишининг қайталанишини олдини олиши масалаларига алоҳида еътибор қаратилмоқда.

Калим сўзлар: гемостаз, гастродуоденал қон кетиши, эндоскопик гемостаз, ошқозон-ичакдан қон кетиши.



THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF GASTRODUODENAL BLEEDING AND THE POSSIBILITIES OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS

Rasulov Axad Abdullaevich e-mail: rasulovahad@gmail.com
Kurbanov Obid Maxsudovich <https://orcid.org/0000-0003-2522-9955>
Yarikulov Shuxrat Shokirovich <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

The article presents a review of the literature over the past 15 years on the problem of acute ulcerative gastroduodenal bleeding. The issues of diagnosis are described in detail, the methods of studying the first and second lines, the diagnostic significance of gastroduodenoscopy, computed tomography, angiography of the visceral branches of the abdominal aorta are considered. Endoscopy, as a rule, is a first-line diagnostic method, the significance of CT has not been definitively determined. In complex cases in severe patients, according to the results of an interdisciplinary discussion, angiography can be used as a diagnostic method. The analysis of existing methods of stratification of bleeding severity, presence and threat of recurrence of bleeding is carried out. The characteristics and indications for endoscopic, converative, surgical and endovascular methods of hemostasis, and the sequence of their application are presented. Special attention is paid to the issues of forecasting, choosing therapeutic tactics and preventing recurrence of bleeding.

Key words: *hemostasis, gastroduodenal bleeding, endoscopic hemostasis, gastrointestinal bleeding.*

Актуальность

Проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в настоящее время является одной из наиболее актуальных в ургентной абдоминальной хирургии [5,13,18,59]. Острые гастродуоденальные кровотечения (ГДК) возникают при ряде заболеваний, которые по своей этиологии и механизму развития отличаются друг от друга, вследствие чего их разделяют на язвенные и неязвенные желудочно-кишечные кровотечения [14,15,55,66].

В России язвенной болезнью страдают примерно 1,5% населения, в структуре осложнённых форм язвенной болезни ЖКК составляют 42-45,6% [13,14,46,56]. Желудочно-кишечным кровотечениям уделяется большое внимание, так как они могут носить профузный характер, приводящий к летальному исходу. Несмотря на это, патогенез и этиология язвенных гастродуоденальных кровотечений пока ещё недостаточно изучена. Причины развития гастроинтестинальных кровотечений тесно взаимосвязаны с язвенной болезнью и, следовательно, должны рассматриваться совместно.

Уже в конце прошлого столетия было установлено, что язвенная болезнь (ЯБ) развивается вследствие снижения защитных сил слизистой оболочки и нарушения кислотно-пептического равновесия. К агрессивным факторам относят соляную кислоту, пепсин, желчь, никотин, алкоголь, нестероидные противовоспалительные препараты и др., к защитным – слизь, простагландини, бикарбонаты, микроциркуляцию в слизистой оболочке, регенерацию покровного эпителия [26,35,39,53,63].

Этиологическими могут считаться факторы, способствующие либо усилинию, либо ослаблению защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Дисбаланс между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки и ДПК является пусковым моментом язвообразования. Многочисленные данные о гиперсекреции соляной кислоты при язвенной болезни ДПК позволяют утверждать, что повышенная кислотность является ключевым патофизиологическим механизмом этого заболевания. Это подтверждается результатами исследований желудочной секреции, которые показали, что у 70-80% больных с дуоденальными язвами наблюдается усиление ночной секреции соляной кислоты в 3,5-4 раза сравнительно со здоровыми людьми.

Уровень кислотной продукции оказывает существенное влияние на течение и прогноз данного заболевания. Частота обострений, осложнений и сроки заживления пептических язв оказываются более высокими у больных с непрерывным и интенсивным кислотообразованием [23,35,53].

Роль кислотно-пептического фактора в патогенезе язвенной болезни желудка не так велика, как при язвенной болезни ДПК, и до конца не изучена, хотя достаточно высокая противоязвенная активность антисекреторных препаратов позволяет утверждать это. В основе патогенеза желудочных язв лежит угнетение защитного барьера, вызванное воспалением, нарушением слизеобразования, регенерации покровноя沫очного эпителия, регионарного кровотока, снижением простагландинов, замедлением и нерегулярностью процесса эвакуации из желудка (длительный стаз), а также забросом желчных кислот при рефлюксе [4,23,61].

Однако, не удалось найти определенного ответа на вопрос, что приводит к образованию пептической гастродуodenальной язвы.

В патогенезе гастродуodenальной язвы сегодня уже доказана роль *Helicobacter pylori* (НР). Подтверждена этиологическая роль НР в развитии антрального гастрита. При этом, далеко неоднозначна роль НР в возникновении и рецидивировании ЯБ. Установлено, что не у всех больных ЯБ выявляются НР. На долю НР ассоциированной ЯБ, приходится 50-60% желудочных язв и 70-80% дуodenальных язв. Сам по себе НР вызывает незначительные повреждения эпителия и не нарушает целостности слизистой оболочки [9,15,37]. Способствуют ульцерогенезу и потенцируют эндогенные механизмы патогенеза продукты жизнедеятельности микроорганизмов. Из этого следует, что хеликобактерная инфекция является важным, но местным фактором патогенеза ЯБ, который влияет на слизистую оболочку путем активации факторов агрессии [20,31,45,51].

Известно, что сам морфологический эквивалент язвенной болезни – язвенный дефект – имеет несколько фаз существования [4,6,44].

Выделяют начальную – острую фазу образования язвенного дефекта (первые 3-5 дней), которую в большинстве случаев удается отследить только по данным анамнеза, ретроспективно, оценивая описание начала появления какого-либо клинического проявления (болевого или диспептического синдрома, геморрагии). В эту фазу язвенный дефект обладает способностью к прогрессированию, увеличению своих размеров и глубины.

Следующая, стационарная фаза – «фаза плато», длительность которой зависит от локализации язвенного дефекта и составляет от 12 дней в луковице ДПК и до 25 дней в желудке. В эту фазу предполагается, что язвенный дефект не увеличивается в размерах, однако, и не уменьшается. В этот период происходит формирование грануляционной ткани в области язвенного дефекта, как основы дальнейшей эпителизации.

Фазу активной репаративной регенерации считают завершающей, или собственно заживления. В этой фазе площадь язвенного повреждения слизистой оболочки постепенно уменьшается вплоть до формирования на месте бывшего язвенного дефекта красного рубца [4,29,36].

Ряд авторов делят морфологические процессы на две фазы: деструктивную и репаративную. В первой фазе острого воспаления или деструкции в дне и краях язвы обнаруживается зона фибринOIDного некроза. Воспалительная инфильтрация, захватывающая слизистую оболочку, распространяется на подслизистый и мышечный слой. В этот период язвенный дефект содержит богатую микрофлору, которая поддерживает течение воспалительного процесса в язве. Именно в эту острую фазу язвенного процесса, как считают авторы, и формируются такие осложнения, как кровотечение и перфорация язв. Эта фаза заболевания требует создания щадящих условий, ограждающих слизистую оболочку от факторов агрессии (соляная кислота, пепсин). Во время лечения этой фазы необходимо воздействовать на язвенный дефект, очищая его от некротических тканей и патологической микрофлоры. Только после того, как будут удалены продукты разрушения, наступает собственно регенерация [9,19,24,55].

Помимо язвенной болезни в последние годы увеличилось количество больных с гастродуodenальными кровотечениями из симптоматических язв, осложняющих течение заболеваний различного генеза и неотложных состояний [2,9,14].

Острые гастродуodenальные эрозии и язвы возникают у 40-100% больных уже в первые сутки после поступления в отделении реанимации и интенсивной терапии [15,23,51].

Острые эрозивно-гастродуodenальные кровотечения являются одними из частых осложнений неотложных состояний и различных заболеваний: травмы, шока, острых заболеваний сердца и сосудов и т.д. [18,25,34,39,55].

Широкое распространение острых эрозивно-язвенных гастродуodenальных поражений связывают с постарением населения, эндогенными и экзогенными (алкоголь и т. д.) интоксикациями, ятрогенными факторами (увеличением числа и объёма оперативных вмешательств, приёмом некоторых лекарственных препаратов – нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикоидов, антикоагулянтов и антиагрегантов [2,39,49,50,62].

Одной из мишеней постагрессивной реакции при неотложных состояниях является верхний отдел желудочно-кишечного тракта. Наиболее выраженные изменения происходят в желудке и двенадцатиперстной кишке. Они проявляются, чаще всего, отёком и повреждением целостности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушением моторики желудка. Это объясняется патофизиологическими механизмами, возникающими в желудке и двенадцатиперстной кише у больных в критических состояниях: нарушается микроциркуляция в слизистой оболочке, возникают участки локальной ишемии, отмечается гибель эпителиальных клеток и угнетается процесс их регенерации, нарушаются защитные свойства слизистого барьера, снижается его устойчивость к патологическому действию соляной кислоты [39].

Этиология и патогенез острых эрозий и язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложнённых кровотечением, до настоящего времени недостаточно изучены.

Известно большое количество заболеваний или осложнений, при которых возникают острые язвы. Одним из ведущих факторов, которые принимают участие в образовании острой язвы, является увеличение активности кислотно-пептического фактора [12,14,26,53].

Другим важным патогенетическим фактором является снижение устойчивости слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта к воздействию ферментов, соляной кислоты, лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других агентов [35,39,64].

Ряд авторов придерживается концепции ишемического повреждения при появлении стрессовых изъязвлений в пищеводе, желудке и ДПК. Они считают, что основной причиной возникновения стрессовых эрозий и язв является неадекватное кровоснабжение стенок верхнего отдела пищеварительного тракта. Повышение кислотности желудочного сока становится важным тогда, когда защитный барьер повреждается раньше, чем возникает локальная ишемия [23,25].

Установлено, что развитию острых эрозий предшествуют нарушения микроциркуляции. Это даёт возможность рассматривать острые эрозии следствием ишемического инфаркта слизистой оболочки. Острые язвы обычно бывают множественные, располагаются чаще в желудке без чёткой локализации и не сочетаются с активным гастритом или дуоденитом. Микроскопически в области этих язвенных дефектов выявляются участки отёка, стаза, полнокровия, тромбозов, кровоизлияний, что даёт основание судить об ишемическом генезе острых изъязвлений. Большинство авторов считают, что главным патогенетическим механизмом образования эрозивноязвенных поражений гастродуodenальной зоны является усиление факторов агрессии по отношению к факторам защиты [12,14,34,64].

Клинически, течение острых язв отличается от проявлений язвенной болезни. Трудность выявления острой симптоматической язвы связана не только с её атипичным течением, но и с общим тяжёлым состоянием этих больных. Тактика хирурга при острых язвах, осложнённых кровотечением, до настоящего времени чётко не определена. С одной стороны, это связано с трудностями диагностики острых язв и хирург нередко не знает о её существовании. С другой стороны, не позволяет сразу решиться на операцию тяжёлое состояние больного, обусловленное основным заболеванием и массивной кровопотерей [40,49,52].

Из вышеизложенного следует, что многообразие заболеваний, вызывающих желудочно-кишечные кровотечения, различие сведений об этиологии и патогенезе гастроинтестинальных геморрагий, диктуют хирургу выбор избирательной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях на почве острых и хронических гастродуodenальных язв [9, 10,13,72,98]. Хирургу

следует учитывать не только причину кровотечения и степень кровопотери, но и общее состояние больного, зависящее от возраста, основного или сочетанного заболевания.

Сегодня отсутствуют единые принципы лечения эрозивно-язвенных кровотечений, поэтому, их предстоит разработать [11,20,63].

В настоящее время важнейшим лечебным мероприятием, которое дает больным с гастродуodenальными кровотечениями возможность получить временный интервал для нормализации нарушений гемостаза и отсрочить операцию, является эндоскопическое вмешательство [32,34,49].

Высокий эффект эндоскопического гемостаза в ряде случаев может оказаться методом окончательной остановки кровотечения, что особенно важно у больных с тяжелой сопутствующей патологией, высокой степенью операционного риска, больных пожилого и старческого возраста [49,51,55].

В настоящее время чаще всего используют четыре основных способа эндоскопического гемостаза и профилактики кровотечения: инъекционные, термические, механические и комбинированные.

Инъекционный (инфилтрационный) способ преследует цель – с помощью лекарственных препаратов (спирт-новокаиновые и солевые инъекции, адреналин, тромбин, склерозанты и др.), механическим и химическим воздействием вызвать тромбоз, ишемию и последующее склерозирование тканей в центре источника кровотечения, а вокруг него (в региональной зоне) образовать временное подслизистое депо, оказывающее «эффект жгута», инфильтрируя быстро всасывающиеся вещества: ингибиторы фибринолиза (аминокапроновая кислота), реологические корректоры (новокаин 0,25%) в смеси с адреналином в разведении 1:10 000, антиоксиданты (аскорбиновая кислота) и др. Кроме того, местным введением глюкозы (субстрат окисления) достигается активация нарушенного в результате гипоксии аэробного метаболизма [3,18,30,37].

Инъекционный гемостаз обладает спецификой в связи с определенными требованиями, предъявляемыми к химической и фармакологической характеристике вводимых препаратов, связанными со сложными патологическими процессами, происходящими в районе кровоточащего дефекта, а также с необходимостью знаний различий в морфологической структуре и кровоснабжении разных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки.

Известно, что отделы желудка от кардии до угла имеют хорошо выраженный мышечный слой и развитую систему магистрального и коллатерального кровообращения. Здесь слизистая оболочка прочно фиксирована соединительнотканными структурами к подслизистому слою в отличии от антравального и пилорического отделов, где под слизистой оболочкой расположен рыхлый слой соединительной ткани. Поэтому, при проведении эндоскопического гемостаза от угла желудка до кардии в подслизистый слой можно производить инфильтрацию веществ с большой суммарной дозой (до 200 мл).

В антравальном и пилорическом отделах желудка инъекционный гемостаз следует ограничить условно до 10 мл в центр кровоточащего дефекта, потому что появляющийся «ползучий» инфильтрат может сдавить каналы кровотока из подслизистого слоя в более развитое сплетение слизистой оболочки и вызвать трофические нарушения в виде эрозивно-язвенных дефектов. Особенности анатомического строения и кровоснабжения двенадцатиперстной кишки также ограничивают возможности лечебной инфильтрационной эндоскопии [30,52,61]. Первичный гомеостатический эффект при применении изолированно инъекционной методики может достигать 80,5-90%. Однако, рецидивы кровотечения в связи с недостаточной эффективностью данной методики возникают в 14,2-34,6% [44,57].

Среди методов эндоскопического гемостаза до настоящего времени широко применяются электрокоагуляция. Для коагуляции применяют монополярные и биполярные зонды. При использовании биполярного способа происходит образование поверхностного струпа, в связи с этим метод применяется для остановки кровотечения из неглубоких образований, поверхностных язв, эрозий. Повторная коагуляция одного и того же участка является опасной, так как биполярный способ не даёт глубокого ожога тканей. То есть, преимущество этого способа – уменьшение угрозы перфорации, недостаток – низкие коагуляционные способности.

При сильном кровотечении из локализованного источника применяется монополярный метод. Для того, чтобы остановить кровотечение, конец зонда должен соприкасаться с

источником кровотечения. Диатермокоагуляция даёт быстрый гемостатический эффект в 94,1-95% случаев, рецидив кровотечения возникает в 8-31,3% случаев [3,32,37,46,56].

К недостаткам этого метода следует отнести образование обширных некрозов тканей с возможной перфорацией. Кроме того, на 3-5 день после электрокоагуляции происходит отторжение струпа, что приводит к рецидиву кровотечения [8,45,51].

Лечение лазерными лучами длительное время предпочиталось многими исследователями [19,41,47]. Преимущество лазерной терапии в том, что коагуляция происходит без прямого контакта с тканью. В последние годы применяется аргонно-плазменная коагуляция. Она имеет сопоставимую эффективность с электрокоагуляцией, являясь при этом более безопасной. Метод позволяет избежать фиксирования к электроду струпа и отрыва последнего. Коагулирующий эффект аргоновой плазмы легко поддаётся дозировке. Эффективность применения аргонно-плазменной коагуляции авторами оценивается в 98-100% случаях. К числу недостатков следует отнести высокую стоимость оборудования, сложность использования метода, возможность возникновения таких нежелательных последствий, как избыточное заполнение желудка аргоном и вероятность развития газовой эмфиземы [17,24,29].

К механическим методам эндоскопического гемостаза относится метод клипирования кровоточащего сосуда в язве. Его применяют, когда диаметр кровоточащего сосуда более 2 мм. Клипсы накладывают с помощью специального устройства на кровоточащий сосуд, вводимого через широкий биопсийный канал только некоторых эндоскопов. Применение этого способа возможно лишь в том случае, когда кровоточащий сосуд выступает над поверхностью края или дна язвенного дефекта. Эндоскопическое клипирование позволяет остановить кровотечение в 80-100% случаев. При этом, частота рецидивов кровотечения или исходных неудач варьируется от 1,8 до 37%. Такой большой разброс показателей объясняется трудностью размещения клипса на дефекте или неполной компрессией сосудов, что ограничивает широкое применение этого метода [3,37,45].

При острых и хронических гастродуоденальных язвах применяют различные комбинированные методы. Из-за непродолжительности гемостатического действия инъекцию адреналина и аминокапроновой кислоты комбинируют с аппликацией на язвенный дефект медицинского клея. Это позволило достичь первичного гемостаза в 85,6% случаев, но рецидив геморрагии был отмечен у 14,4% больных. При активном кровотечении, мешающем визуализации кровоточащего сосуда, начинают с инъекционных методов путём паравазального обкалывания язвенного дефекта, что уменьшает интенсивность кровотечения, а затем используют термические способы или клипирование сосуда [5,8,18,44]. Каждый из способов эндоскопического гемостаза имеет свои преимущества и недостатки, которые нейтрализуются комбинацией методов гемостаза.

Статистически значимых различий в монотерапии и комбинации этих методов в частоте первичного гемостаза, потребности в хирургическом лечении, показателях летальности не наблюдалось [3,32,57].

Как ни странно, среди хирургов существуют различные толкования эндоскопических признаков устойчивости гемостаза, что приводит к неправильной выжидательной тактике.

При язвенных гастродуоденальных кровотечениях общепризнанной считается эндоскопическая классификация J. Forrest (1974), согласно которой

выделяют активное кровотечение типа FIA-FIB, кровотечения с неустойчивым гемостазом FIIA-FIIB и с признаками состоявшегося кровотечения типа FIIC [14].

В ряде специализированных центров по лечению больных с гастродуоденальными кровотечениями используют эндоскопическую классификацию J. Forrest при проведении экстренной фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) у всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями, как язвенной этиологии, так и неязвенного генеза. Это дает хирургам возможность не только оценить тип и характер источника геморрагии, но и распределить больных по группам риска возможного рецидива кровотечения, выбрать правильную тактику лечения [2,20,33,79].

В заключение этого раздела следует сказать, что оценить эффективность различных методов, применяемых для эндоскопического гемостаза, нелегко. Поскольку значительная часть гастродуоденальных кровотечений останавливается самостоятельно (FIA, FIIB, FIIC),

отдельные наблюдения и неконтролируемые исследования надо оценивать с оговоркой. Однако, отсутствие последних не указывает на неэффективность того или иного метода лечения [32,37].

Увлечение тем или иным методом постоянно меняется. Найдя вначале широкое применение (лазерный луч, аппликация медицинским kleem и др.), некоторые методы не выдерживают испытания временем. Более простые, дешёвые методы эндоскопического гемостаза, как оказалось, имеют такие же результаты, как и самые сложные, дорогие. Поэтому, разработка новых и усовершенствование известных методов эндоскопического гемостаза может способствовать повышению эффективности лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями [2,5,8,43,56].

Выводы

Таким образом, как следует из обзора литературы, в лечении больных с выраженной сопутствующей патологией, осложнённой эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями, целесообразно максимально использовать возможности эндоскопического гемостаза. Поиск путей оптимизации эндоскопической и медикаментозной терапии желудочно-кишечных кровотечений у больных с высокой степенью операционного риска, а также пожилого и старческого возраста остаётся актуальным в ургентной абдоминальной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адианов, В.В. Оптимизация лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска: дис. канд. мед. наук [Текст] / В.В. Адианов. – Воронеж, 2015. – 101 с.
2. Анализ эффективности методов эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в ГКБ № 50 за 2012-2014 гг. [Текст] / М.Д. Дибиров [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.30-33.
3. Баткаев, А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутривипросветной эндоскопии: экспериментально-клиническое исследование: дис. д-ра мед. наук [Текст] / А.Р. Баткаев. – Воронеж, 2010. – 220 с.
4. Биологически активные перевязочные средства в комплексном лечении гнойно-некротических ран: метод. рекомендации [Текст] / А.А. Адамян [и др.]. – Москва, 2000. – 39с.
5. Бондаренко, А.А. Жидкостная диатермокоагуляция при эндоскопической остановке профузных язвенных гастродуоденальных кровотечений: автореф. дис. канд. мед. наук [Текст] / А.А. Бондаренко. – Воронеж, 2003. – 22с.
6. Брегель, А.И. Острые гастродуоденальные язвы, осложненные кровотечением [Текст] / А.И. Брегель // Современные эндоскопические достижения: материалы V Всероссийской конференции по актуальным вопросам эндоскопии. – Санкт-Петербург, 2014. – С.65-66.
7. Гебенев, А.Л. Сочетание язвенной болезни и симптоматических язв с ишемической болезнью сердца [Текст] / А.Л. Гебенев. – Москва, 1987. – С. 181-182.
8. Гостищев, В. Острые гастродуоденальные кровотечения: концепция хирургической тактики [Текст] / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Москва, 2011. – С. 659-660.
9. Е.Н. Деговцов, Л.И. Теляшникова, А.В. Волосюкова // Сб. материалов V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии». – С-Петербург, 2014. – С. 69-70.
10. Деряева О.Г. Комплексное лечение эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных многопрофильного стационара [Текст] / О.Г. Деряева, Е.Ф. Чередников // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014 – Т.13, №3. – С 725-730.
11. Детерман, Г. Гель-хроматография [Текст] / Г. Детерман. – М., 1970. – 252 с. Диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями в специализированном центре: методические рекомендации [Текст] / Е.Ф. Чередников [и др.]. – Воронеж, 2014. – 35 с.

12. Диагностика язвенных форм рака желудка [Текст] / В.Е. Баев [и др.]. – Воронеж, 2003. – 112с.
13. Дурлештер, В.М. Результаты лечения больных с острыми гастродуodenальными кровотечениями [Текст] / В.М. Дурлештер, М.Т. Дидгов, С.В. Соколенко // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.34-35.
14. Евсеев М.А. Профилактика стрессового эрозивно-язвенного
15. поражения гастродуodenальной зоны у пациентов в критических состояниях [Текст] / М.А.Евсеев // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – Т. 16, № 29. – С.2012-2019.
16. Ефанов, А.В. Эффективность эндоскопической аргоно-плазменной коагуляции в лечении язвенных гастродуodenальных кровотечений: дис. канд. мед. наук [Текст] / А.В. Ефанов. – Тюмень, 2006. –121с.
17. Залесова, В.Г. Симптоматические эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. канд. мед. наук [Текст] / В.Г. Залесова. – Москва, 2007. – 26 с.
18. Иванов, Н.Н. Эффективность ингибиторов протонной помпы в профилактике рецидива гастродуodenального кровотечения язвенной этиологии [Текст] / Н.Н. Иванов, Г.А. Гурьянова, Т.А. Лебедева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.38.
19. Ивачев, А.С. Выбор объема хирургического вмешательства при язвенном гастродуodenальном кровотечении [Текст] / А.С. Ивачев, Р.Р. Ильясов, И.А. Ивачева // Тезисы XII Съезда хирургов России. – Ростов н/Д, 2015. – С. 834-835.
20. Инфузионно-трансфузионная терапия в лечении больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [Текст] / Г.Р. Халикова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93, № 2. – С. 390-394.
21. Использование эндоскопического медикаментозного гемостаза и мониторинга в лечении больных язвенными желудочно-кишечными кровотечениями [Текст] / А.П. Уханов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.73-74.
22. Исследование комбинированного применения диотевина и диовина при местном лечении моделированных пептических язв [Текст] / А.В. Попов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 13, №2. – С. 426430.
23. Капралов, СВ. Новые технологии в эндоскопической хирургии кровоточащей язвы [Текст] / С.В. Капралов, Ю.Г. Шапкин // Сборник тезисов 11-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва, 2007. – С. 179-181.
24. Клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению больных с гастродуodenальными кровотечениями в Республике Крым: методические рекомендации [Текст] / В.М. Йовбак [и др.]. – Симферополь, 2017. – 35 с.
25. Колобов С.В. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных кровотечений у больных с инфарктом миокарда [Текст] / С.В. Колобов, О.В. Заратяянц, Е.Е. Хохлова // Сб. тез. докл. VII Московской Ассамблеи «Здоровье столицы». – М.,2008. – С.305-306.
26. Кононов, А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы [Текст] / А.В. Кононов // Гастропротекция как базисная терапия эрозивно-язвенных гастропатий: материалы 11-го Рос. съезда гастроэнтерологов. – Москва, 2005. – С.1.
27. Кукош М.В. Современное состояние диагностики и лечения гастродуodenальных кровотечений [Текст] / М.В. Кукош, Д.Е. Ветюгов, Н.К. Разумовский // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.50-51
28. Медикаментозная профилактика желудочно-кишечных кровотечений после аортокоронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения [Текст] / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 35-36.
29. Место и эффективность применения дренирующих сорбентов в оперативной гинекологии [Текст] / В.И. Кулаков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 2. – С. 67-68.
30. Нарезкин, Д.В. Хирургическая тактика при осложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. д-ра мед. наук [Текст] / Д.В. Нарезкин. – Москва, 2003. – 49 с.
31. Неязвенные гастродуodenальные кровотечения. Выбор тактики лечения [Текст] / С.П. Гайбатов [и др.] // Тезисы XII Съезда хирургов России. – Ростов н/Д, 2015. – С. 413-415.
32. Никода В.В. Применение ингибиторов протонной помпы в интенсивной терапии и реанимации [Текст] / В.В. Никода, Н.Е. Хартукова // Фарматека. – 2008. – №13. – С.10-16.

33. Новый подход к механизму образования разрывов при синдроме Меллори-Вейсса [Текст] / Е.Ф. Чередников [и др.] // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2005. – №1. – С. 156-165.
34. Олифирова, О.С. Эзофагогастродуodenальные кровотечения [Текст] / О.С. Олифирова, С.В. Суслов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.62-63.
35. Опыт инновационного подхода к решению проблемы острых желудочно-кишечных кровотечений [Текст] / Е.Ф. Чередников [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т.3, №4. – С. 436-437.
36. Опыт использования эндоскопии в диагностике и лечении желудочных кровотечений в многопрофильном стационаре [Текст] / А.Ф. Афанасьева [и др.] // Тезисы докладов 12-го Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва, 2008. – С.33-35.
37. Опыт лечения больных с гастродуodenальными кровотечениями по материалам специализированного центра [Текст] / Е.Ф. Чередников [и др.] // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – М.,2011. – С 707-708.
38. Опыт оказания скорой специализированной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи [Текст] / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 36-37.
39. Особенности лечения кровоточащих дуоденальных язв в неотложной хирургии [Текст] / Ф.Н. Нишанов [и др.] // Тезисы XII Съезда хирургов России. – Ростов н/Д., 2015. – С. 567-568.
40. Остерман, Л.А. Хроматография белков и нуклеиновых кислот [Текст] /
41. Л.А. Остерман. – Москва: Медицина, 1985. – 536 с.
42. Острые гастродуodenальные язвенные кровотечения [Текст] / М.С. Кунафин [и др.] // Тезисы XII Съезда хирургов России. – Ростов н/Д., 2015. – С. 849.
43. Отдаленные результаты консервативного лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений [Текст] / А.В. Щукин [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.88-89.
44. Оценка динамики показателей хирургического лечения острых желудочно-кишечных кровотечений [Текст] / В.Н. Эктор [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение. – С. 89-90.
45. Петлах В.И. Роль местных гемостатиков при оказании хирургической помощи больным и пораженным [Текст] / В.И. Петлах // Главный врач Юга России. – 2014. – №5. – С.12-13.
46. Попов, А.В. Применение эндоскопической комбинированной сорбционной терапии диотевином и диовином в комплексном лечении гастродуodenальных язв (экспериментально-клиническое исследование): дис. канд. мед. наук [Текст] / А.В. Попов. – Воронеж, 2013. – 110 с.
47. Профилактика стресс - повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях [Текст] / Б.Р. Гельфанд [и др.] // Интенсивная терапия. – 2009. – №2. – С.464-467.
48. Профилактический эндогемостаз при эрозивно-язвенных поражениях верхних отделов желудочно-кишечного тракта перед оперативным лечением пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы [Текст] / Л.В. Мечева [и др.] // Сб. материалов V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии». – С-Петербург, 2014. – С. 84-85.
49. Результаты 10-летнего опыта работы применения аргоно-плазменной коагуляции в лечении язвенных кровотечений [Текст] / А.М. Машкин [и др.] // Сб. материалов V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии». – С-Петербург, 2014. – С. 81-83.
50. Результаты лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в условиях многопрофильного стационара [Текст] / А.П. Уханов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 75-76.
51. Результаты лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в условиях многопрофильного стационара [Текст] / А.П. Уханов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 75-76.
52. Результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии [Текст] / И.В. Суздальцев [и др.] // Тезисы XII Съезда хирургов России. – Ростов н/Д., 2015. – С. 846-847.

53. Русская, Л.В. Желудочно-кишечные кровотечения у больных с хронической сердечно -сосудистой недостаточностью и сочетанной патологией [Текст] / Л.В. Русская // Российский кардиологический журнал. – 2008. – Т.12, № 5. – С. 31-36.
54. Ситникова, О.Ю. Первый опыт использования препарата гемоблок в эндоскопии желудочно-кишечных кровотечений [Текст] / О.Ю. Ситникова, Е.А. Трясеногова, В.Ю. Подшивалов // Сб. материалов V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии». – С-Петербург, 2014. – С. 103-104.
55. Современные направления профилактики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями в условиях центра [Текст] / Е.Ф. Чередников [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014 – Т.13, №2. – С. 426-430.
56. Соловьев, Г.М. Эндоскопическая остановка гастродуodenальных кровотечений с использованием фибринового клея [Текст] / Г.М. Соловьев, О.Э. Луцевич, Т.В. Хоробрых // Сб. трудов 7-го Моск. Междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. – Москва, 2003. –С. 379-380.
57. Сравнительная оценка различных методов эндоскопической остановки язвенных гастродуodenальных кровотечений [Текст] / Е.А. Смольянинов [и др.] // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы: сб. науч. практических работ. – Воронеж, 2006. – С.144.
58. Староконь П.М. Оптимизация инфузионной терапии при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [Текст] / П.М. Староконь, О.Н. Асанов, Е.Г. Мохнатов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С.68-70.
59. Старостин, Б.Д. Оценка эффективности ингибиторов протонной помпы [Текст] / Б.Д. Старостин // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. – 2003. –№4. – С. 21-27.
60. Султанаева, З.В. Комплексное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки у кардиохирургических больных: автореф. дис. канд. мед. наук [Текст] / З.В. Султанаева. – Уфа, 2007. – 22 с.
61. Тверитнева Л.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гастродуodenальных кровотечений: / автореф. д-ра мед. наук [Текст] / Л.Ф. Тверитнева. – Москва, 2009. –50 с.
62. Терещенко, С.Г. Возможности эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении осложнённого течения эрозивно-язвенных патологий верхнего отдела пищеварительного отдела пищеварительного тракта [Текст] / С.Г. Терещенко, Л.В. Мечева // Сб. материалов VII Всероссийской научнопрактической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии 2016». – СПетербург, 2016. – С. 130-131.
63. Филиппенко, Н.Г. Методические основы проведения клинических исследований и статистической обработки полученных данных: методические рекомендации [Текст] / Н.Г. Филиппенко, С.В. Поветкин. – Курск, 2010. – 26 с.
64. Чазов, Е.И. Эндоваскулярное депонирование иммобилизованного тромба с целью остановки кровотечения [Текст] / Е.И. Чазов // Научные труды Иркутского мединститута. – 1981. – Вып. 152. – С. 45-47.
65. Ченчерук Г.С. Иммобилизированные ферменты в хирургической клинике [Текст] / Г.С. Ченчерук // Вестник хирургии им. Грекова. – 1986;134(8):126-130.
66. Чередников, Е.Е. Лечение больных с разрывно-геморрагическим синдромом (Меллори-Вейса) в специализированном центре: дис. канд. мед. наук [Текст] / Е.Е. Чередников. – Воронеж, 2011. –104с.
67. Чередников Е.Ф. Комплексное лечение не язвенных гастродуodenальных кровотечений с использованием внутри просветных эндоскопических технологий [Текст] / Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2009;2(4):291-304.
68. Чередников, Е.Ф. Морфологические особенности моделирования язв желудка при лечении гидрогелями [Текст] / Е.Ф. Чередников, Н.А. Степанян, Е.Н. Любых // Новости клинической цитологии России. 1988;2:66.
69. Чередников Е.Ф. Репаративная регенерация эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК при местном лечении гидрофильными гранулированными сорбентами [Текст] / Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев, В.Е. Баев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005;4(2):224-225

Поступила 20.10.2025

