

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА, КЛАССА FORREST И РАЗМЕРА ЯЗВЫ**

**Хурсанов Ё.Э., Пулатов Б.Б., Кадиров Р.Н., Эшмирзаев Б.М.**

*Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Эндоскопический гемостаз является методом первой линии при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК), однако у части больных кровотечение рецидивирует, что вынуждает выполнять экстренные операции в условиях высокого риска. Факторы, определяющие неудачу эндоскопического гемостаза, и сравнительная эффективность его отдельных методов остаются предметом дискуссии. Цель исследования — оценить эффективность инъекционного гемостаза и электрокоагуляции в зависимости от класса активности кровотечения по Forrest, локализации и размера язвы.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 80 больных с ЯГДК, получавших эндоскопический гемостаз в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2020–2024 гг. Всем выполнена экстренная ЭГДС с оценкой активности кровотечения по J.A. Forrest (1974). Инъекционный гемостаз (раствор адреналина 1:10 000 и 70% этиловый спирт в ткани язвы и вокруг неё) применён у 37 больных, электрокоагуляция кровоточащего сосуда и/или периметра дефекта — у 43. Оценивали частоту рецидива кровотечения, вынужденных операций и летальность. Применяли критерий  $\chi^2$  Пирсона, точный критерий Фишера, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Активное кровотечение (FI) выявлено у 30 больных (37,5%): FIA — у 17 (21,4%), FIB — у 13 (16,2%); остановившееся кровотечение (FII) — у 49 (61,2%), FIII — у 1 (1,2%). Язвы локализовались в луковице двенадцатиперстной кишки у 50%, в пилороантральном отделе — у 35%, в теле желудка — у 10%, в кардии — у 5% больных. Рецидив при FIA отмечен у 4 из 17 (23,5%), при FIB — у 5 из 13 (38,4%) больных ( $p > 0,05$ ); при FI частота рецидива была достоверно выше, чем при FIIA–FIIB ( $p = 0,0103$ ). Инъекционный гемостаз сопровождался большей частотой рецидива, чем электрокоагуляция (21,6 против 16,3%;  $p = 0,0112$ ). При FII рецидив после инъекционного гемостаза развился у 4 из 23 (17,4%), после коагуляции — у 2 из 24 (8,3%) больных ( $p > 0,05$ ). Наибольшая частота рецидивов наблюдалась при язвах размером 5–10 мм (13 случаев) и 10–15 мм (9 случаев); размер язвы коррелировал с объёмом кровопотери ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,043$ ), локализация в луковице двенадцатиперстной кишки — со степенью кровопотери ( $r = 0,21$ ;  $p = 0,046$ ). Вынужденные операции при FIA–FIB потребовались 8 больным (26,6%): резекция желудка — 5, прошивание кровоточащего сосуда — 3; при FIIA–FIIB рецидив с последующей резекцией желудка развился у 5 (10,6%). В целом оперированы 13



Date: 17<sup>th</sup> August-2026

больных (16,3%), умер 1 (1,3%) — от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза.

Обсуждение. Полученные данные показывают, что изолированный эндоскопический гемостаз, особенно инъекционный, недостаточно надёжен при активном кровотечении FIA–FIB и язвах размером более 5 мм. Именно у этих больных целесообразна ранняя стратификация риска и рассмотрение комбинированных (гибридных эндолапароскопических) методов окончательного гемостаза до развития рецидива.

Заключение. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях электрокоагуляция эффективнее инъекционного гемостаза; активное кровотечение FIA–FIB, размер язвы более 5 мм и дуоденальная локализация являются факторами неудачи эндоскопического гемостаза, при которых частота вынужденных операций достигает 26,6%.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, эндоскопический гемостаз, инъекционный гемостаз, электрокоагуляция, Forrest, рецидив.

