

ISSN 2010-9881

# SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi jurnali

## Вестник экстренной медицины

---

Научно-практический журнал  
Ассоциации врачей экстренной  
медицинской помощи Узбекистана

**2018, том 11, №4**

---

Ilmiy-amaliy jurnal

---

EMPA.UZ

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## THE ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Пути улучшения организации кардиологической помощи больным с гипертонической болезнью, острым коронарным синдромом и острым инфарктом миокарда в первичном звене здравоохранения

5 Improving the organization of cardiac care for patients with hypertension, acute coronary syndrome and myocardial infarction in the primary health care

*А.А. Аминов, Р.Ш. Мамутов, Б.И. Муминов*

*A.A. Aminov, R.Sh. Mamutov, B.I. Muminov*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## CLINICAL RESEARCH

Лучевая диагностика острого респираторного дистресс-синдрома различной этиологии

8 Diagnostic imaging of acute respiratory distress syndrome of various etiologies

*Икрамов А.И., Ярмухамедова Д.С., Низамова М.М.*

*Ikramov A.I., Yarmuchamedova D.S., Nizamova M.M.*

Диагностика и выбор тактики хирургического лечения разрывов диафрагмы

13 Diagnosis and choice of surgical treatment of diaphragm ruptures

*А.М. Хаджибаев, Б.К. Алтыев, Б.И. Шукуров, О.О. Кучкаров, А.Т. Хакимов*

*A.M. Khadjibaev, B.K. Altiev, B.I. Shukurov, O.O. Kuchkarov, A.T. Khakimov*

Роль и место эндоклипирования при язвенных кровотечениях

21 The role and place of endoclipping for peptic ulcer bleeding

*Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашуров, И.Р. Бекназаров, С.Г. Нормухамедов, Ж.К. Дехконов, Ж.Х. Кушиев*

*Sh.I. Karimov, M.Sh. Khakimov, U. Matkuliev, Sh.E. Ashurov, I.R. Beknazarov, S.G. Normuhamedov, J.K. Dehkonov, J.H. Kushiyeu*

Некоторые аспекты диагностики и лечения прободных дуоденальных язв

26 Diagnostic and treatment aspects of perforated duodenal ulcers

*У.Б. Беркинов, М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашуров, М.Р. Каримов, И.Р. Бекназаров, Ж.Х. Кушиев*

*U.B. Berkinov, M.Sh. Khakimov, U.I. Matkuliev, Sh.E. Ashurov, M.R. Karimov, I.R. Beknazarov, J.H. Kushiyeu*

30-месячные результаты стентирования и баллонной ангиопластики при окклюзионно-стенотическом поражении артерии бедренно-подколенного сегмента

34 30-Month results of stenting and balloon angioplasty in occlusal-stenotic lesions of the femoral-popliteal segment

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов, Ф.З. Джалалов, Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов, Ш.А. Бекназаров*

*D.A. Alimov., Sh.N. Salakhitdinov, S.B. Tursunov, F.Z. Djalalov, B.Sh. Alimkhanov, Kh.F. Mirzakarimov, Sh.A. Beknazarov*

Компьютерный инжиниринг и аддитивные технологии в нейрохирургии: изготовление краниофациальных имплантов с использованием автоматизированного проектирования и 3D-печати

39 Computer engineering and additive technologies in neurosurgery: printing of craniofacial implants using automated computer modeling and 3d printing

*М.М. Азизов, К.Э. Махкамов, Р.Р. Губайдуллин, А.С. Решетченко*

*M.M. Azizov, K.E. Makhkamov, R.R. Gubaidullin, A.S. Reshetchenko*

Хирургическое лечение перелома позвоночника на груднопоясничном уровне

46 Surgical treatment of thoracolumbar spine fracture

*М.Д. Муминов, А.У. Норов, Ж.Т. Назимов, В.Б. Саломов, А.Т. Чулиев*

*M.D. Muminov, A.U. Norov, J. Nazimov, V.B. Salomov, A.T. Chuliev*

Патогенетические аспекты противошоковой терапии при тяжелой ожоговой травме

55 Pathogenetic aspects of Anti-shock therapy OF severe burn injury

*А.Д. Фаязов, У.Р. Камиллов, Д.Б. Туляганов, У.Х. Абдуллаев*

*A.D. Fayazov, U.R. Kamilov, D.B. Tulyaganov, U.H. Abdullaev*

Дифференцированный подход к лечению острой обструкции дыхательных путей у детей первого года жизни

61 Differentiated approach to treatment of acute airway obstruction in infants under a year

*Х.П. Алимова, Р.С. Джубатова, Г.С. Нуралиева, А.Х. Рахимов, М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмагилова*

*H.P. Alimova, R.S. Dgubatova, G.S. Nuralieva, A.Kh. Rakhimov, M.B. Alibekova, G.H. Ismagilova*

## РОЛЬ И МЕСТО ЭНДОКЛИПИРОВАНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ш.И. КАРИМОВ, М.Ш. ХАКИМОВ, У.И. МАТКУЛИЕВ, Ш.Э. АШУРОВ, И.Р. БЕКНАЗАРОВ, С.Г. НОРМУХАМЕДОВ,  
Ж.К. ДЕХКОНОВ, Ж.Х. КУШИЕВ

*Ташкентская медицинская академия*

**Цель:** оценка эффективности метода эндоскопического клипирования при язвенных кровотечениях. **Материал и методы:** под наблюдением были 37 пациентов в возрасте от 19 до 72 лет с кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии в 2013-2017 гг. Мужчин было 22 (59,5%), женщин – 15 (40,5%). Во всех случаях для достижения гемостаза были установлены клипсы (фирма Olympus), размер которых варьировал от 5 до 12 мм. **Результаты:** эффективность эндоскопического клипирования может достигать до 91,8%, что делает его методом выбора при профузных гастродуоденальных язвенных кровотечениях, особенно у пациентов с высоким анестезиологическим и операционным риском.

**Ключевые слова:** эндоскопическое клипирование, эндоклипирование, профузное гастродуоденальное язвенное кровотечение.

## THE ROLE AND PLACE OF ENDOCLIPPING FOR PEPTIC ULCER BLEEDING

SH.I. KARIMOV, M.SH. KHAKIMOV, U. MATKULIEV, SH.E. ASHUROV, I.R. BEKNAZAROV, S.G. NORMUHAMEDOV,  
J.K. DEHKONOV, J.H. KUSHIYEV

*Tashkent Medical Academy*

**Objective:** To evaluate the effectiveness of endoscopic clipping for peptic ulcer bleeding.

**Material and methods:** the study included 37 patients with bleeding from stomach and duodenal ulcers who were on inpatient treatment in the emergency surgery department of the 2-clinic of the Tashkent Medical Academy for the period from 2013 to 2017. Ulcer anamnesis was from 2 to 15 years. 10 (27%) patients had no ulcer anamnesis. There were 22 (59.5%) men and 15 (40.5%) women, the ratio was 2:1. The age of the patients was from 19 to 72 years. In all cases, to achieve hemostasis, clips (Olimpus) were installed, the size of the clips varied from 5 to 12 mm. **Results:** According to data analysis the success of endoscopic clipping can reach up to 91.8%, and is the method of choice for profuse gastroduodenal peptic ulcer bleeding, especially in patients with high anesthetic and surgical risk, which makes it possible to become an alternative to open surgical interventions.

**Key words:** endoscopic clipping, endoclippping, profuse gastroduodenal peptic ulcer bleeding.

На сегодняшний день тактика ведения больных с кровотечениями из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. По разным данным, кровотечение из желудка и ДПК составляют 35,6-80,0% всех геморрагий желудочно-кишечного тракта [2, 3, 10, 11, 13, 15]. Летальность у этой категории больных достигает 20-30%, а у пациентов пожилого и старческого возраста превышает 40% [4,10]. При рецидиве кровотечения летальность составляет более 50-60% [15, 17].

Для выявления источника кровотечения, его локализации, характера и интенсивности необходимо проведение эндоскопического исследования [6,9]. Осуществление гемостаза эндоскопическим путем дает возможность провести комплексную интенсивную терапию, стабилизировать общее состояние пациента и при необходимости выполнить отсроченную операцию в более благоприятных условиях. В настоящее время по механизму действия основного источника выделяют медикаментозный, физический, механический способы

эндоскопического гемостаза [10,16]. Однако все эти методы являются лишь частью комплексной консервативной терапии.

Анализ литературных источников показал, что при язвенных кровотечениях малой интенсивности многие клиники используют орошение кровотокащей поверхностью ледяной водой [1], теплым 10% раствором кальция хлорида [10], 20-30% раствором аминокaproновой кислоты, 0,1-1,0% раствором адреналина [21], 33% спиртом [8], капрофером [3] и другими средствами. Но, к сожалению, в 18% случаев эти манипуляции заканчиваются неудачей, и больные оперируются по неотложным показаниям, а у 1/4 пациентов отмечается рецидив [8,10,11]. Благодаря внедрению эндоскопических манипуляций и разработке специальных инструментов достаточно простым и эффективным методом лечебного воздействия на кровотокащую язву стало подслизистое или интрамуральное введение лекарственных препаратов вокруг источника кровотечения [6,8].

Эндоскопическая инъекция адреналина позволяет добиться первичного гемостаза у 79,9% больных [13,14,

21]. Однако из-за непродолжительности гемостатического действия после инъекции адреналина (эпинефрина) у 36% больных кровотечение рецидивирует [11].

При инъекции этилового спирта в зону источника кровотечения добиться первичного гемостаза удается в 87,1% случаев, окончательного – в 82,3%; рецидив кровотечения возникает в 4,0-12,1% наблюдений [7,9]. Сопоставимые результаты были получены и при использовании других склерозирующих агентов.

Воздействие на источник гастродуоденального кровотечения электрическим током из-за различных физических параметров имеет различные гемостатические возможности [11]. Тем не менее, электрокоагуляция обладает и существенными недостатками, снижающими ее эффективность и безопасность. Трудности возникают при остановке струйного артериального кровотечения из сосуда более 2 мм, особенно при локализации источника кровотечения в пищеводе и ДПК, а также в связи с возможным фиксированием к диатермозонду тромба с последующим его отрывом и усилением кровотечения. Кроме того, сложность в дозировании энергии в условиях контактного способа коагуляции провоцирует угрозу прожигания стенки полого органа [10,15,17,20].

Результаты рандомизированных исследований последних лет указывают на новые возможности эндоскопического воздействия на источник кровотечения с использованием механических методов гемостаза [11,13]. Применение специального клипатора позволяет накладывать на кровоточащий сосуд металлические клипсы [21]. При диаметре кровоточащего сосуда более 2 мм механические методы гемостаза эффективнее, чем термические или инъекционные [10,20].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 37 больных с кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии в 2013-2017 гг. Язвенный анамнез составил от 2 до 15 лет. У 10 (27%) пациентов язвенный анамнез отсутствовал. Мужчин было 22 (59,5%), женщин – 15 (40,5%). Возраст больных – от 19 до 72 лет. Всем пациентам выполнялось эндоскопическое исследование для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. В исследование были включены только больные с кровотечением, оцененные по Форесту IA, IB и IIA. У 9 (24,3%) пациентов кровотечение оценено по F-IA, у 8 (21,6%) – по F-IB, у 20 (54,0%) – по F-IIA. Показатели гемоглобина составляли от 28 до 100 г/л. Во всех случаях для достижения гемостаза были установлены клипсы (фирма Olympus), размер которых варьировал от 5 до 12 мм.

При оценке тяжести состояния использовали классификацию ассоциации анестезиологов США (ASA): 12 пациентов имели высокий риск (класс VE по шкале), поэтому выполнение открытых операций у них было

сопряжено с высоким риском летального исхода. Тяжесть состояния этих больных было связано с острой кровопотерей, геморрагическим шоком, острой постгеморрагической анемией и сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, постинфарктный кардиосклероз, ОНМК, ХПН) и полиорганной недостаточностью.

Клинический пример. Больной М., 41 год, и/б №1298, поступил в крайне тяжелом шоковом состоянии с признаками активного кровотечения из желудочно-кишечного тракта. При поступлении АД 50/0, пульс – нитевидный. Из тестов: гемоглобин 28,0 г/л. Больной был госпитализирован в реанимационное отделение, где ему были начаты противошоковые мероприятия и параллельно эндоскопическое исследование. Во время диагностической гастроскопии определили пептическую язву гастроэнтероанастомоза (ГЭА) размерами до 10 мм, в центре которого визуализировался сосуд более 2 мм с признаками артериального кровотечения (рис. 1). С техническими трудностями выполнено клипирование (2 клипсами) кровоточащего сосуда вместе с окружающими тканями. Достигнут стойкий гемостаз (рис. 2, 3).

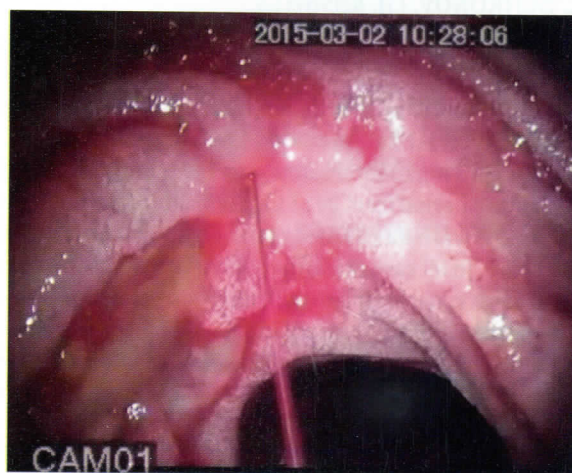


Рис. 1. Активное профузное кровотечение из пептической язвы ГЭА.

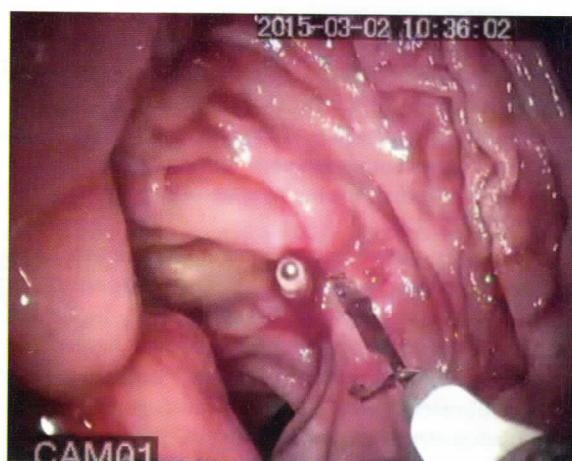


Рис. 2. Установка клипс на кровоточащий сосуд вместе с окружающими тканями.

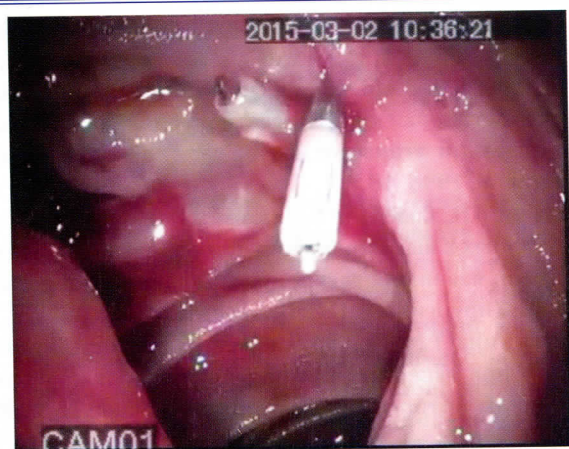


Рис. 3. Кровотечение остановлено после установления клипс на кровоточащий сосуд пептической язвы ГЭА.

Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 7-е сутки. В течение 3-х лет пациент находится под наблюдением хирургов и получает плановую консервативную терапию. Рецидива кровотечения не отмечалось.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В наших наблюдениях первичный гемостаз путем эндоклиппирования был достигнут у 34 (91,8%) пациентов. Из-за технических сложностей выполнения, связанных с локализацией источника кровотечения, произвести манипуляцию не представилось возможным у 3 (8,1%) больных. Этим пациентам выполнены открытые хирургические вмешательства. Рецидив кровотечения после эндоклиппирования наступил у 5 (13,5%) больных, что, возможно, было связано с недостаточным гемостатическим эффектом клипс из-за рыхлости тканей и невозможности охвата кровоточащего сосуда по всему диаметру при кровотечениях из длительно существующих хронических язв.

Летальный исход наступил у 3 (8,1%) больных. Один пациент из-за неэффективности эндоскопических методов гемостаза в крайне тяжелом состоянии был взят на операцию. В послеоперационном периоде смерть наступила вследствие полиорганной недостаточности. Еще 2 пациента умерли в раннем послеоперационном периоде из-за острой сердечно-сосудистой недостаточности и ДВС-синдрома.

По мнению Е.В. Пытеля [6], гемостаз с помощью способов местного воздействия различными препаратами возможен только при небольшом малоинтенсивных кровотечениях, тогда как в противном случае наносимые на кровоточащую поверхность растворы быстро смываются током крови и не успевают оказать гемостатический эффект. В наших наблюдениях такими манипуляциями у 12 (32,4%) пациентов кровотечение остановить не удалось, в связи с чем пришлось прибегнуть к механическим методам гемостаза.

По данным П.Д. Фомина [9], при эндоскопической инъекции этаноламина олеата первичный гемостаз удалось достичь у 89,4% больных, окончательный – у 87,9%, частота рецидивов кровотечения составила 17,1% [18]. Однако метод склеротерапии хронических язв дает низкий эффект, так как инфильтрировать препаратом такую

язву технически трудно [1,11]. Замедление заживления язв, довольно высокий ulcerогенный эффект, способность вызывать деструкцию тканей, приводящую к массивному некрозу стенки органа с его последующей перфорацией, являются негативными сторонами эндоскопического гемостаза с помощью инъекции склерозантов [5,6].

В последнее десятилетие многие научно-исследовательские институты и клиники мира информируют об использовании фибринового клея при кровотечениях из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта [1,6 15]. Однако он тоже имеет свои недостатки: сложности в технике исполнения и высокая стоимость, риск развития внутрисосудистого тромбоза или тромбоземболии легочной артерии [1]. Адгезивная способность этих препаратов не обеспечивает их долговременной фиксации, и отторжение пленки наступает в сроки от 12 до 24 ч, а при профузном артериальном кровотечении – практически мгновенно [10].

По данным ряда авторов [10,19], метод термокоагуляции позволяет достичь первичного гемостаза у 60,0-95,1%, окончательного – у 68,7-91,2% пациентов, снижает количество неотложных операций до 6,3-15,0%, летальность – до 4,2%, рецидив кровотечения возникает у 6-31,3% больных. Нами были использованы методы диатермокоагуляции при кровотечениях (Форрест 1В, 2А), при этом рецидивы кровотечения наблюдались в 25,5% случаев.

S.J. Tang [18] отмечает, что гемостаз после криовоздействия наблюдается у 93% пациентов с диффузным кровотечением легкой степени. Однако сложное технологическое оборудование, используемое для данной процедуры, высокий риск рецидива кровотечения (27,0% случаев), отсутствие эффекта при геморрагии из крупного сосуда оказались причиной ограниченного использования этого метода.

В 1980 году впервые в Японии доктором Nachisu совместно с компанией «Olympus» созданы клипатор и клипсы для эндоскопического гемостаза. Им проведены различные исследования для оценки эффективности эндоскопических клипс при активных кровотечениях. Он сообщает, что при использовании данного метода обеспечивается первичный окончательный гемостаз в 85-100% наблюдений, уменьшая частоту рецидива от 2 до 20%.

K.F. Binmoeller [12] в Германии применил методику эндоскопического клиппирования у 88 пациентов с активными язвенными кровотечениями. Рецидив наблюдался в 5 (5,6%) случаях, из них один больной был оперирован. Летальных случаев не было.

S.J. Tang [18] провел исследование у 40 пациентов с язвенными кровотечениями с использованием ротационных клипс. При этом окончательный гемостаз был достигнут у 95% больных, рецидив отмечался в 7,5% наблюдений.

Изучение эффективности различных методов эндоскопического гемостаза, проведенное в Гонконге, является одним из самых широкомасштабных исследований, которое охватило 1156 больных. Пациенты были разделены на несколько групп для сравнительного анализа

эффективности различных методов эндоскопического гемостаза. Результаты исследования показали, что самым эффективным методом является клипирование, эффективность которого составило 90% [17,19].

В журнале «Gastrointestinal endoscopy» опубликовано рандомизированное исследование с мета-анализом. Авторы статьи сообщают, что частота первичного окончательного гемостаза при использовании эндоскопического клипирования возросла с 92 до 96%, количество рецидивов кровотечения уменьшилось почти в 2 раза (с 15 до 8,5%). Однако изменение метода эндоскопического гемостаза не повлияло на частоту летальности и открытых операций [20].

Столь большой разброс показателей стойкого гемостаза или рецидивов кровотечения связан в основном с трудностью размещения клипс из-за «трудного» расположения источника кровотечения или неполной компрессии сосудов, что ограничивает широкое применение этого способа. Однако данный метод более эффективен при профузных кровотечениях, особенно у крайне тяжелых пациентов с высоким операционным и анестезиологическим риском. Несмотря на преимущества последнего метода перед другими способами эндоскопического гемостаза, необходимо дальнейшее изучение его для более широкого использования в клинической практике.

### ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическое клипирование является высокоэффективным методом гемостаза при язвенных профузных кровотечениях из желудочно-кишечного тракта, при этом первичный гемостаз может достигать 91,8%.

2. Эндоскопическое клипирование является методом выбора при профузных гастродуоденальных язвенных кровотечениях, особенно у пациентов с высоким анестезиологическим и операционным риском, и может служить альтернативой открытым оперативным вмешательствам.

3. При неэффективности эндоскопического клипирования необходимо прибегать к открытым оперативным вмешательствам.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баев В.Е. Экспериментальное обоснование применения гидрогелей для лечения кровоточащих язв желудка. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж. 2007: 23-65.
2. Кондратенко Г.Г. Совершенствование диагностики, тактики и лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2000: 39.
3. Коробченко А.А. Применение гемостатического препарата капрофер в лечебной эндоскопии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 1996: 24-49.
4. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколов П.Ю. и др. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013; 8: 28-31.
5. Озеран В.А. Эндоскопическая клеевая остановка и профилактика острых гастродуоденальных кро-

6. вочений. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Витебск. 2001.
6. Пытель Е.В. Эндоскопический инъекционный метод остановки острых гастродуоденальных кровотечений этанолом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1996: 18.
7. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В. и др. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013; 7: 20-23.
8. Сухинина Т.М. Эндоскопический гемостаз этанолом при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1996: 20.
9. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение. Киев. 2011.
10. Чуманевич О.А., Бордаков В.Н., Гапанович В.Н. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях. Мед. новости. 2006; 8: 43-49.
11. Хаджибаев А.М. Аспекты хирургической тактики и лечения кровотечения из пептических язв гастроэнтеронастомоза. Вестн. экстр. медицины 2014; 1: 13-17.
12. Binmoeller K.F. Endoscopic hemoclip treatment for gastrointestinal bleeding. Hamburg 2007: 267.
13. Hepworth C.C., Kadirkamanathan S.S., Gong F., Swain C.P. A randomized controlled comparison of injection, thermal, and mechanical endoscopic methods of hemostasis on mesenteric vessels. 2014: 462-9.
14. Hokama A., Kishimoto K., Kinjo F. Endoscopic clipping in the lower gastrointestinal tract. Department of Endoscopy, Ryukyus University Hospital, Okinawa 903-0125, 2009.
15. Landsverk B.K., Jarid G., Yattoo G.N. et al. Comparison of haemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treading high-risk bleeding ulcer. Gastrointest Endosc. 2013; 6: 767-73.
16. Marmo R., Cipolletta L., Piscopo R. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high risk bleeding ulcers. Amer J Gastroenterol. 2007; 102: 279-89.
17. Sung J.J., Tsoi K.K., Lai L.H. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: meta-analysis. Gut. 2007; 56 (10): 56.
18. Tang S.J. Endoscopic hemostasis using endoclip in early gastrointestinal hemorrhage. 2007: 24-34.
19. Tsoi K., Chan H., Chiu P. et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: A meta-analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 25: 8-13.
20. Yamaguchi Y., Yamato T. Endoscopic hemoclippping for upper GI bleeding due to Mallory-Weiss syndrome with active bleeding. GIE. 2011: 427-30.
21. Yuan Y. Endoscopic clipping for non-variceal upper GI bleeding: meta-analysis. GIE. 2008.

## ЯРАДАН ҚОН КЕТИШДА ЭНДОКЛИПЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ ВА ЎРНИ

Ш.И. КАРИМОВ, М.Ш. ХАКИМОВ, У.И. МАТКУЛИЕВ, Ш.Э. АШУРОВ, И.Р. БЕКНАЗАРОВ, С.Г. НОРМУХАМЕДОВ,  
Ж.К. ДЕХКОНОВ, Ж.Х. КУШИЕВ

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ярадан қон кетишларда эндоскопик усулда клипса қўйишнинг самарадорлигини баҳолаш.

**Материал ва услублар:** Текширув ўз ичига 2013-2017 йилларда Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникаси шошилич жарроҳлик бўлимига ётқизилган 37 та беморни олди. Яра анамнези 2 йилдан 15 йилгачани ташкил қилди. 10 та (27%) бемор яра анамнезини инкор қилади. Эркаклар 22 тани (59,5%), аёллар – 15 тани (40,5%), нисбати 2:1 ни ташкил қилиб, ёши 19 дан 72 ёшгача бўлганлардан иборат. Текширувга фақат қон кетиши Форрест бўйича IA, IB ва IIA деб баҳоланган беморлар киритилди: 9 та (24,3%)-F-IA, 8та (21,6%) – F-IB ва 20 та (54,0%) – F-IIA. Гемоглобин кўрсаткичи 28 дан 100 г/лни ташкил этган. Барча ҳолатда гемостазга эришиш мақсадида «Olimpus» компанияси клипсалари ишлатилган, уларнинг ўлчами ҳар хил (5-12 мм).

**Натижалар:** Ўтказилган текширувлар шуни кўрсатадики, эндоскопик усулда клипса қўйиш гастродуоденал яралардан профуз қон кетишида асосий усул ҳисобланиб, 91,8 % ҳолатда мақсадга эришса бўлади, айниқса юқори операцион-анестезиологик хавф бўлган беморларда очик операцияларга нисбатан альтернатив усул ҳисобланади.

**Калит сўзлар:** *Эндоскопик клиплаш, гастродуоденал ярадан профуз қон кетиши.*

### Сведения об авторах:

Каримов Шавкат Ибрагимович – академик,

профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА.

Хакимов Мурод Шавкатович – зав. кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА,

д.м.н., профессор. Тел.: (99897) 776-56-37

Маткулиев Уткирбек Исмоилович – д.м.н.,

доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА.

Тел.: (99897) 450-03-34

Ашуров Шероз Эрматович – зав. торакоабдоминального хирургического отделения 2-клиники ТМА.

Тел.: (99897) 403-23-39. E-mail: sheroz100682@mail.ru

Бекназаров Илхом Рустамович – ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА.

Тел.: (99890) 921-79-89

Нормухамедов Сардор Гайратович – врач-ординатор хирургического отделения 2-й клиники ТМА.

Дехконов Жамол Курбоналиевич – врач-ординатор хирургического отделения 2-й клиники ТМА.

Кушиев Жахонгир Хабибович – студент 6 курса лечебного факультета ТМА.