СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И АНАЛИЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА.

Саттаров О.Т.
Многопрофильная клиника Ташкентской Медицинской Академии
Ашуралиев Ш.Х.
Многопрофильная клиника Ташкентской Медицинской Академии

Аннотация. Совершенствование методов диагностики и лечения синдрома Маллори-Вейсса (СМВ) на основе современной классификации, нового алгоритма ведения пациентов и разработки специального зонда, минимизирующего осложнения.

В исследование включено 124 пациента с СМВ, осложнённым кровотечением, госпитализированных в отделение неотложной хирургии Ташкентской медицинской академии в 2019–2024 гг. Пациенты были разделены на основную (n=64) и контрольную (n=60) группы. В основной группе применялись усовершенствованные подходы: новая классификация, специальный эндоскопический зонд и алгоритм лечения.

В основной группе наблюдалось достоверное снижение числа послеоперационных осложнений: боли за грудиной (с 53,3% до 12,5%), одышки и тахипноэ (с 63,3% до 9,8%), тахикардии (с 48,3% до 7,8%). Повторные кровотечения возникли только у 3,1% пациентов. Новая классификация позволила более точно стратифицировать степень поражения и выбрать индивидуализированный подход к терапии.

Разработанная классификация, алгоритм лечения и специальный зонд обеспечивают значительное снижение осложнений, частоты рецидивов и летальности у пациентов с СМВ. Предложенные подходы целесообразно внедрить в клиническую практику как альтернативу традиционному использованию зонда Блэкмора и классификации Форреста.

Ключевые слова:Синдром Маллори-Вейсса; желудочно-кишечное кровотечение; эндоскопический гемостаз; зонд Блэкмора; новая классификация; специальный зонд; алгоритм лечения; осложнения; рецидив.

Abstract. To improve the diagnostic and treatment methods for Mallory-Weiss syndrome (MWS) through the implementation of a modern classification system, a new treatment algorithm, and the development of a specialized probe aimed at minimizing complications.

The study included 124 patients with MWS complicated by bleeding who were hospitalized at the Emergency Surgery Department of Tashkent Medical Academy from 2019 to 2024. Patients were divided into two groups: the main group (n=64) and the control group (n=60). The main group was treated using

ISSN 3030-3907

advanced approaches, including a new classification system, a specialized endoscopic probe, and a treatment algorithm.

In the main group, there was a significant reduction in postoperative complications: retrosternal pain decreased from 53.3% to 12.5%, dyspnea and tachypnea from 63.3% to 9.8%, and tachycardia from 48.3% to 7.8%. Rebleeding occurred in only 3.1% of patients. The newly proposed classification enabled more precise stratification of lesion severity and facilitated a personalized treatment approach.

The developed classification, treatment algorithm, and specialized probe significantly reduce complications, recurrence rates, and mortality in patients with MWS. These methods should be considered for clinical adoption as effective alternatives to the traditional use of the Blakemore tube and Forrest classification.

Keywords. Mallory-Weiss syndrome; gastrointestinal bleeding; endoscopic hemostasis; Blakemore tube; new classification; specialized probe; treatment algorithm; complications; recurrence; emergency surgery.

Annotatsiya. Mallory-Weiss sindromi (MWS)ni tashxislash va davolash usullarini takomillashtirish, zamonaviy tasniflash tizimi, yangi davolash algoritmi hamda asoratlarni kamaytirishga qaratilgan maxsus zond ishlab chiqish orqali erishish.

Tadqiqotga 2019-yildan 2024-yilgacha Toshkent tibbiyot akademiyasining shoshilinch jarrohlik bo‘limiga qon ketish bilan murakkablashgan MWS tashxisi bilan yotqizilgan 124 nafar bemor kiritildi. Bemorlar asosiy guruh (n=64) va nazorat guruhi (n=60)ga bo‘lindi. Asosiy guruhda yangi tasniflash tizimi, maxsus endoskopik zond va davolash algoritmiga asoslangan zamonaviy yondashuvlar qo‘llanildi.

Asosiy guruhda operatsiyadan keyingi asoratlar sezilarli darajada kamaydi: ko‘krak orqasidagi og‘riq 53,3% dan 12,5% gacha, nafas qisilishi va tez nafas olish 63,3% dan 9,8% gacha, taxikardiya esa 48,3% dan 7,8% gacha pasaydi. Qayta qon ketish faqat 3,1% bemorlarda kuzatildi. Yangi taklif etilgan tasniflash tizimi zararlanish darajasini yanada aniqroq baholashga va shaxsiylashtirilgan davolash usulini tanlashga imkon berdi.

Ishlab chiqilgan tasniflash, davolash algoritmi va maxsus zond MWS bilan kasallangan bemorlarda asoratlar, qayta qon ketish va o‘lim holatlarini sezilarli darajada kamaytiradi. Taklif etilgan yondashuvlar Blakemor zondi va Forrest tasnifiga alternativ sifatida klinik amaliyotga joriy etilishi lozim.

Kalit so‘zlar. Mallory-Weiss sindromi; me’da-ichak qon ketishi; endoskopik gemostaz; Blakemor zondi; yangi tasniflash; maxsus zond; davolash algoritmi; asoratlar; qaytalanish; shoshilinch jarrohlik.

Введение:

ISSN 3030-3907

Синдром Маллори-Вейсса — дегенеративное поражение (разрыв) слизистой оболочки пищевода и кардиальных отделов желудка, развивается на фоне сильной рвоты или других патогенетических факторов. Кроме того, причиной синдрома Маллори-Вейсса может быть икота и даже кашель. Также наблюдается повышение внутрибрюшного давления при активной физической нагрузке. Причин для этого достаточно. Вопрос происхождения решается индивидуально. Профилактика и предупреждение рецидивов патологического состояния зависят от понимания природы явления [12.14.16].

Это состояние является острой патологией, проявляющейся сильным кровотечением из разрывов слизистой оболочки нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка [23,24]. В результате исследований мировых ученых стало известно, что летальность у больных с синдромом Маллори-Вейсса составляет в Великобритании 3,8%, в Японии – 9,7%, в США – 1,3%, в Индии – 2,5% [11,23,28].

В связи с этим хирургическая остановка кровотечения сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями в виде печеночно-почечной недостаточности, алкогольного психоза, высокой летальностью, составляющей от 15 до 30%. В последние годы наметилась тенденция к лечению этого заболевания с использованием эндоскопических методов остановки кровотечения [13,14,27].

Однако существующие методы эндоскопического гемостаза не гарантируют полной защиты от рецидивов кровотечений, частота которых колеблется от 5,6 до 30,6%.

Современная диагностика острого желудочно-кишечного кровотечения при синдроме Маллори -Вейсса представляет значительные трудности, поскольку заболевание характеризуется отсутствием характерных клинических признаков [16,25]. На сегодняшний день не существует единой стратегии лечения.

Все вышеизложенное свидетельствует о большой научной и практической значимости данной проблемы, требующей глубоких, всесторонних научных исследований и разработки оптимальных методов лечения.

Несмотря на многочисленные достижения в лечении синдрома Маллори-Вейсса в современной медицине, остается много нерешенных проблем. Вопросы раннего выявления данной патологии, разработки более эффективных методов лечения и внедрения их в хирургическую практику остаются актуальными. До настоящего времени не разработана специальная

ISSN 3030-3907

классификация синдрома Маллори-Вейсса по степени поражения и алгоритм лечения на ее основе [22,29].

Синдром Маллори-Вейсса встречается в 10-12% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений. Это состояние является острой патологией, проявляющейся выраженным кровотечением из разрывов слизистой оболочки нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка [8.18.]. Выраженность геморрагического синдрома зависит от поражения сосудов разного диаметра слизистой оболочки, а также сосудов мышечного и подсерозного слоев пищевода и желудка, глубины разрыва стенок этих органов.

Ведущим фактором патогенеза этого синдрома является повышение внутрипищеводного давления, чаще в нижней трети пищевода и в пищеводно-желудочном переходе, с одновременным повышением внутрибрюшного давления. Основными этиологическими факторами являются рвота, икота, регургитация. Редко, но все же встречаются разрывы слизистой оболочки, связанные с эндоскопическим исследованием.

В настоящее время основным методом лечения синдрома Мэллори-Вейсса считается медикаментозная терапия.

Однако в некоторых случаях, например, при рецидиве кровотечения или при неэффективности медикаментозного лечения, применяется эндоскопическая хирургия. В случаях, когда интенсивность кровотечения высока и остановить кровотечение эндоскопическими методами не удается, пациентам в срочном порядке проводится открытая хирургия [5.7.]. В исследовании, проведенном в Японии, 66 (78,5 %) из 84 пациентов (18 женщин , 66 мужчин, средний возраст 43,8), взятых под наблюдение , были успешно пролечены медикаментозным лечением. Повторное кровотечение наблюдалось у 4 пациентов (4,76%). Эндоскопическая инъекция была выполнена у 12 пациентов (14,3%). Открытая хирургия была выполнена у 1 пациента (1,19%). Смерть наступила у 1 пациента (1,19 %) [1.4.].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения на основе современных комплексных подходов к диагностике и лечению синдрома Маллори-Вейсса.

Материалы и методы исследования:

В наше исследование включено 124 пациента с синдромом Меллори-Вейсса, осложненным кровотечением. В отделении неотложной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии у всех пациентов с декабря 2019 года по декабрь 2024 года применялись эндоскопические манипуляции для остановки кровотечения.

ISSN 3030-3907

Все пациенты были разделены на две группы: Основную группу составили 64 пациента, которым в 2019-2024 гг. был выполнен новый метод эндоскопического гемостаза. Контрольную группу составили 60 пациентов, которым в 2019-2024 гг. было выполнено традиционное эндоскопическое вмешательство по остановке кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса. Для сравнения, как в основной , так и в группе сравнения наблюдалось значительное преобладание пациентов мужского пола : в основной группе 54 (84,4 %) мужчины и 10 (15,7 %) женщин соответственно. В контрольной группе 52 (86,6 %) мужчины и 8 (13,4 %) женщин.

В контрольной группе у пациентов с болезнью Маллори-Вейсса, осложненной кровотечением, степень 1А по Форресту была выявлена у 5 (8,3%) пациентов, все они были мужчинами. Степень 1В наблюдалась у 8 (13,3%) пациентов, в том числе 7 (11,6%) мужчин и 1 (1,66%) женщин, степень 2А наблюдалась у 20 (33,3%) пациентов, в том числе 17 (28,3%) мужчин и 3 женщины, степень 2В наблюдалась у 23 (38,3%) пациентов, в том числе 20 (33,3%) мужчин и 3 (5%) женщин, степень 2С наблюдалась у 4 (6,66%) пациентов, в том числе 3 (5%) мужчин и 1 (1,66%) женщин, а степень 3 не была выявлена ни у одного пациента контрольной группы.

В контрольной группе из 5 пациентов с синдромом Маллори-Вейсса, осложненным кровотечением, было выявлено кровотечение 1А степени, и у 2 из 5 пациентов (40%) зонд Блэкмора был введен на 24 часа. Через 24 часа зонд Блэкмора был удален, и у пациента возникло повторное кровотечение. У пациентов, осложненных кровотечением, и которым зонд Блэкмора был введен повторно, причиной повторного кровотечения считали большой размер трещин. При диагностической эндоскопии было определено, что размер трещины Маллори-Вейсса у пациента 1 составил 2,5х1 см, а у пациента 2 размер трещины составил 2х1 см. В результате пациентам был повторно введен зонд Блэкмора еще на 24 часа. Через 24 часа зонд Блэкмора у пациентов был снова удален, и пациентам была проведена диагностическая эндоскопия. У пациентов контрольной группы во всех отделах пищевода на внутренней слизистой оболочке пищевода и вокруг щели Маллори-Вейсса обнаружены инфильтративные изменения, обусловленные длительной установкой зонда Блэкмора. Слизистые оболочки инфильтрированы, гиперемированы. Признаков активного кровотечения не выявлено. Учитывая изменения слизистой пищевода, пациенту была выполнена эндоскопическая инъекция 33% спирта вокруг щели Маллори-Вейсса.

Результаты и их обсуждение

ISSN 3030-3907

В результате наших научных исследований Мы разработали современную, усовершенствованную классификацию синдрома Мэллори-Вейсса.

Создана улучшенная классификация синдрома Мэллори-Вейсса

I. По месту повреждения

-тип ЭФ (щель пищевода) - нижняя треть пищевода

- Тип КЭФ (кардиоэзофагеальная щель) – кардиоэзофагеальное соединение.

- тип КЭСФ (кардиоэзофагеально-гастральная грыжа) – с переходом поражения с кардиоэзофагеального перехода на слизистую оболочку желудка

- тип ГФ (грыжевой грыжа) – разрывы в области грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

II. По количеству трещин :

-Один

-Несколько

III. По длине трещин:

- Мелкие - до 1,0 см

-Средний - от 1,0 до 2,0 см

-Большие - более 2,0 см

IV.По глубине трещин:

1 стадия — разрыв слизистой оболочки.

2 стадия — разрыв слизистой оболочки и подслизистого слоя.

3 стадия — разрыв, захватывающий циркулярный мышечный слой.

4 стадия — разрыв всех слоев пищевода.

V. По интенсивности кровотечения :

Степень 1 — продолжающееся кровотечение

1а - реактивное, массивное артериальное кровотечение, источник кровотечения не виден из-за невозможности санации пищевода от крови.

1б - реактивное артериальное кровотечение, позволяет выполнить резекцию пищевода и определить источник кровотечения

1с - венозное кровотечение, без тромбов

1г — трещина покрыта свежими сгустками крови, из-под них обнаруживается ток крови.

Степень 2 – остановка кровотечения:

2 а - Виден тромбированный сосуд в области разрыва

2 б - фиксированный тромб в зоне разрыва без кровотечения

2с - место разрыва покрыто фибрином

3 - Разрыв без признаков кровотечения, грануляция трещины.

ISSN 3030-3907

Также отсутствие до сих пор четкого алгоритма лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса создает множество трудностей в ранней диагностике заболевания и проведении лечебных процедур. Это, в свою очередь, остается основным фактором качества получаемой пациентами медицинской помощи и продления сроков их госпитализации , а также периода реабилитации в период после болезни. В результате проведенных нами научных исследований нами создан новый алгоритм лечения на основе вышеизложенной современной усовершенствованной классификации. Медицинская значимость алгоритма лечения заключается в том, что после постановки диагноза заболевания на основе предложенной нами классификации, вид лечения выбирается на основе этого диагноза в зависимости от степени заболевания, на основе алгоритма.

Также был разработан новый усовершенствованный специальный зонд на основе вышеизложенной новой классификации синдрома Маллори-Вейсса. До настоящего времени зонд Блэкмора использовался у больных с синдромом Маллори-Вейсса, осложненным кровотечением. Это, в свою очередь, приводило к следующим неприятным ощущениям и осложнениям у пациентов: одышка, боли в эпигастральной области, тахикардия, учащение дыхания, а также гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки пищевода и т. д.

Отличительной особенностью специального зонда, разработанного в результате нашей научной работы, является низкая частота возникновения вышеперечисленных неприятных ощущений и осложнений.

Разработанный нами специальный зонд изготовлен из силикона, размером 18 Fr, состоит из 2 баллонов, длиной 88 мм, внутренним диаметром 6 мм, внешним диаметром 10 мм. Баллоны и полость зонда выходят наружу через отдельные каналы, не сообщающиеся между собой. Функция этого зонда - предотвратить механическое воздействие пищеводной баллонной части зонда Блэкмора на слизистую оболочку пищевода и возникающие из-за этого осложнения.

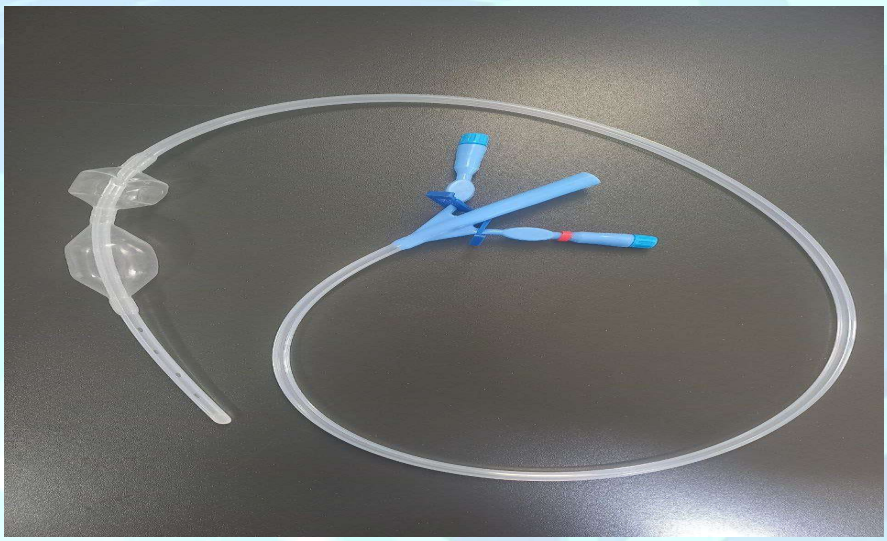
1-й баллон — желудочный баллон, обеспечивающий фиксацию зонда в желудке при его введении.

2- Баллон - раздувается в нижней части пищевода и оказывает компрессионное действие, останавливая кровотечение при трещинах Маллори-Вейсса, осложненных кровотечением.

Шарик 1 расположен на расстоянии 1 см от шара 2.

Специальный зонд, используемый при синдроме Мэллори-Вейсса.

ISSN 3030-3907



Использование этого специального зонда оказалось эффективным в снижении осложнений как в контрольной, так и в основной группе пациентов.

Мы разделили наших пациентов на 2 группы на основании различий в количестве трещин, осложненных кровотечением, по результатам эндоскопического анализа 64 пациентов с синдромом Маллори-Вейсса, осложненным кровотечением в нашей основной группе и при использовании специального зонда (таблица 4.2.2).

Количество переломов, осложненных кровотечением, в нашей основной группе определялось эндоскопическим методом диагностики у 48 (75%) пациентов с одним переломом.

Из них 36 (56,2%) пациентов с трещинами Маллори-Вейсса, осложненными кровотечением во время диагностической эндоскопии, были помещены в специальный зонд на 24 часа. При удалении зонда через 24 часа у 33 (53%) пациентов не было выявлено активного кровотечения, и тогда всем пациентам была проведена эндоскопическая операция клипирования трещины Маллори-Вейсса. В послеоперационном периоде у пациентов не наблюдалось симптомов кровотечения. Пациенты продолжили консервативное лечение в отделении неотложной хирургии. У 3 (3,1%) пациентов при удалении специального зонда через 24 часа у пациентов наблюдалось повторное кровотечение, и специальный зонд раздували еще в течение 24 часов. При удалении зонда еще через 24 часа у пациентов не было выявлено симптомов кровотечения. При повторном эндоскопическом исследовании в связи с выявлением гиперемии в слизистых оболочках пищеводно-желудочного перехода у 1 (1,56%) пациента был выполнен эндоскопический гемостаз путем инъекции 33% спирта в щель пищевода и у 1 (1,56%) пациента. Поскольку гиперемии в слизистых оболочках

ISSN 3030-3907

пищеводно-желудочного перехода не было, было проведено эндоскопическое клипирование щели Маллори-Вейсса. При проведении диагностической эндоскопии у 7 пациентов основной группы у 5 (7,8%) пациентов в основании трещины был обнаружен фибрин, у 2 пациентов наблюдалась рвота у пациентов с фиксированными трещинами. В связи с этим пациенту был установлен назогастральный зонд на 24 часа для наблюдения и он был направлен на консервативное лечение в отделение неотложной хирургии.

У 5 (7,8%) пациентов основной группы при диагностической эндоскопии признаков кровотечения в области трещины Маллори-Вейсса не выявлено, на дне трещины определялась грануляция здоровой ткани. Больным было назначено консервативное лечение.

При диагностической эндоскопии пациентов у 16 (25%) пациентов нашей основной группы было более одного разрыва, осложненного кровотечением. У 11 (17,1%) пациентов с разрывами Маллори-Вейсса, осложненными кровотечением, был установлен специальный зонд на 24 часа. Через 24 часа при удалении специального зонда у 7 (10,9%) пациентов признаков кровотечения не выявлено, в связи с чем этим пациентам было проведено эндоскопическое клипирование разрывов Маллори-Вейсса, осложненных кровотечением. Через 24 часа у 4 (6,25%) пациентов с удаленными специальными зондами наблюдались симптомы повторного кровотечения, и этим пациентам специальные зонды были повторно раздуты и установлены на 24 часа. Через 24 часа повторно раздутые зонды были удалены, и при повторной эндоскопии признаков кровотечения не наблюдалось. В результате 2 пациентам (3,1%) была проведена инъекция места перелома 33% раствором спирта. Остальным 2 пациентам (3,1%) проведено эндоскопическое клипирование места перелома.

При проведении диагностической эндоскопии у 2 (%) пациентов основной группы было выявлено, что дно трещины Маллори-Вейсса было покрыто тромбом, признаков активного кровотечения не было. Учитывая это, пациенту был установлен назогастральный зонд на 24 часа для наблюдения и назначено консервативное лечение в отделении неотложной хирургии. При проведении диагностической эндоскопии у 3 (%) пациентов кровотечения из трещины Маллори-Вейсса не было, дно трещины было покрыто фибрином. Пациенту назначено консервативное лечение.

ISSN 3030-3907

Группа / Осложнение	Контрольная группа (н)	Процент (%)	Основная группа (сущ.)	Процент (%)	П
Боль за грудиной	32	53,3%	8	12,5%	0,001
Одышка и тахипноэ	38	63,3%	6	9,8%	0,001
Тахикардия	29	48,3%	5	7,8%	0,039

Выводы:

1. Анализ показал, что в контрольной группе после процедур, проведенных традиционными методами, боль за грудиной значительно увеличилась на 53,3%, одышка и тахипноэ увеличились на 63,3%. Инфильтрация и гиперемия слизистых оболочек после зондирования увеличились на 16,6%. Это связано с применением зонда Блэкмора при синдроме Маллори-Вейсса. Это, в свою очередь, требует отказа от зонда Блэкмора при синдроме Маллори-Вейсса и разработки зонда, подходящего для данного заболевания и наносящего меньший вред.

2. Классификация Форреста, использованная в контрольной группе, фактически применяется при заболеваниях, осложненных желудочно-кишечным кровотечением. До настоящего времени использование данной классификации при синдроме Маллори-Вейсса и последующее лечение этого заболевания оказывали негативное влияние на правильную тактику лечения и сокращение сроков реабилитации больных в период после перенесенного заболевания. Это, в свою очередь, требует разработки специальной и специфичной для данного заболевания классификации синдрома Маллори-Вейсса.

3. Разнообразие тактик лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса и отсутствие идеального алгоритма лечения до сих пор вызывают ряд путаницы в раннем выявлении заболевания, правильной диагностике и правильном выборе тактики лечения. Это, в свою очередь, требует создания подходящего алгоритма лечения синдрома Маллори-Вейсса.

4. У пациентов с синдромом Маллори-Вейсса применение специального зонда, созданного на основе нашей научной работы, диагностика пациентов на основе вновь созданной классификации и лечение на основе алгоритма, созданного на основе этой классификации, имеют большое значение для снижения осложнений заболевания у пациентов. Это

ISSN 3030-3907

играет важную роль в снижении частоты повторных кровотечений, застоя в легких, болей в груди и смертности у пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Панцирев Ю.М., Федоров В.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическое лечение кровотечений, вызванных синдромом Маллори-Вейсса // Хирургия, 2023, № 10, с. 35-40.
2. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Гасанов А.Г., Сагитов Р.Б. Особенности лечебной тактики при синдроме Маллори-Вейсса. Хирургия, 2019, №4, стр. 33-36.
3. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутесский М.И., Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза. СПб. ЭФА, 2021. 126 с.
4. Литкин М.И., Ерюхин И.А., Диденко В.М. Отдаленные результаты лечения больного портальной гипертензией, ослабленной гастродуоденальным кровотечением // Вестн. привет 2022. № 12. С. 1115.
5. Пасиора М.Д., Шерсингер А.Г. Хирургическое лечение внутрипеченочной портальной гипертензии. М., 2019. С. 6-15.
6. Шерлок Ш., ДулиДжей. Заболевания печени и желчных путей: практ. руководство /персонал. [договор . З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина]. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2023. 187 с.
7. Бамбха К., Ким В.Р., Педерсен Р. и др., Предикторы раннего повторного кровотечения и смертности после острого варикозного кровотечения у пациентов с циррозом печени // Gut. 2018. Т. 57. С. 814-820.
8. Каппелл М.С., Фридель Д. Первичное лечение острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: от первичной оценки до гастроинтестинальной эндоскопии // Med. Clin. North. Am. 2022. Т. 92. С. 491-509.
9. Llach J. Garcia-Pagan JC, Bosch J. Связь между реакцией портального давления на фармакотерапию и риском рецидивирующего варикозного кровотечения у пациентов с циррозом печени // Lancet. 2020. Т. 346. С. 1056-1059.
10. Гарсия -Цао Г., Бош Дж., Гроссманн Р. Дж. Портальная гипертензия и варикозное кровотечение — нерешенные вопросы. Резюме тематической конференции Американской ассоциации по изучению заболеваний печени и Европейской ассоциации по изучению печени // Гепатология. 2019. Т. 47. С. 1764-1772.
11. Глууд Л. Л., Лангхольц Э., Краг А. Метаанализ: изосорбид-мононитрат отдельно или с бета-блокаторами или эндоскопической терапией для лечения

ISSN 3030-3907

варикозного расширения вен пищевода // Aliment. Pharmacol. Ther. 2020. Т. 32. С. 859-871.
12. Ло ГХ, Лай КХ, Чэн ДжС Экстренное лигирование против склеротерапии для остановки активного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода // Гепатология. 2022. Т. 25. С. 1101-1104.
13. Moitinho e., Escorsell A., Bandi JC Прогностическое значение ранних измерений портального давления при остром варикозном кровотечении // Гастроэнтерология. 2022. Т. 117. С. 626-631.
14. Североитальянский эндоскопический клуб по изучению и лечению варикозного расширения вен пищевода: прогнозирование первого варикозного кровотечения у пациентов с циррозом печени и варикозным расширением вен пищевода. Проспективное многоцентровое исследование // N. engl. J. Med. 2021. Vol. 319. P. 983-989.
15. Паке К.-Ж. Эндоскопическая паравaрикозная инъекционная склеротерапия пищевода - показания, техника, осложнения, результаты почти 14-летнего периода // Гастротест. эндоскопия . 2021. Т. 29. С. 317.
16. Сарин СК, Ламба Г., Кумар М. Сравнение эндоскопического лигирования и пропранолола для первичной профилактики варикозного кровотечения // New. English J. Med. 2024. Vol. 340. P. 988-993.
17. Тиани К., Абральдс Дж.Г., Бош Дж. Портальная гипертензия: препервичная и первичная профилактика варикозно-расширенных кровотечений // Диг. Печень Дис. 2022. Том. 40. С. 318-327.
18. Авторское свидетельство № 1805918 МКИ А61 3 17/00. Способ лечения язвенной болезни / Э. Ф. Чередников [и др.] ; 2019. Бык. № 12. – 2 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
19. Адамян, А.А. Использование полимерного дренирующего сорбента «Гелевин» в лечении гнойных ран: методические рекомендации / А.А. Адамян, С.В. Добыш, А.А. Сопуев. – Москва, 2021 – 16 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
20. Адианов, В.В. Оптимизация лечения гастродуоденальных кровотечений у больного повышенного операционного риска / В.В. Адианов, Э.Ф. Чередников. – Текст (визуальный): непосредственный // Системный анализ и управление в биомедицинских системахмакс. - 2021. - Т. 13, № 4. - С. 841-846.
21. Атипичный вариант течения, синдром Мэллори–Вейсса / Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Ямалов, Р.Б.Сагитов [и др.]. – Текст (визуальный): непосредственный // Медицинский вестник Башкортостана. – 2020. – Т. 5, № 3. – С. 27 – 32.

ISSN 3030-3907

22. Баев, В.Е. Диагностика язвенной формы рака желудка / В.Е. Баев, Б.Б. Кравес, Э.Ф. Чередников. – Воронеж: Изд–во Воронеж Гос. мука, 2023. – 112 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
23. Баранников С.В. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы и гранулированного сорбента в комплексном эндоскопическом лечении язв гастродуоденальных кровотечений: дис. сахар Мед. наук / С. В. Баранников. – Рязань, 2020. – 103 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
24. Баткаев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии (экспериментально-клиническое исследование): дис... д–ра мед. Наук / А.Р. Батькаев. – Воронеж, 2020. – 220 с. – Текст (визуальный): непосредственный. 79
25. Баткаев, А.Р. Применение эндоскопической сорбционной терапии у больных с синдромом Маллори-Вейсса: автореф. дис. сахар. мед. наук / А.Р. Баткаев. – Воронеж, 2022. – 25 с. – Текст (наглядный): непосредственный.
26. Баширов Р.А. Рекомендуемые энергетические параметры для биполярного гемостаза / Р.А. Баширов. – Текст (наглядный): непосредственный // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2020. – Апрель. 1. – С. 13.
27. Белозерская, Г.Г. Гемостатические средства местного действия (обзор) / Г.Г. Белозерская [и др.].–Текст (визуальный): непосредственный // Химико–фармацевтический журнал. – 2022. – Т. 40, № 7. – С. 9 – 15.
28. Биологически активные перевязочные средства в комплексном лечении гонино-некротических ран: метод. рекомендация / Ким Дж.В., Добиш С.В., Л.Э. Килимчук [и др.]. – Москва, 2020. – 39 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
29. Богопольский, В.Е. Хирургия язвенной болезни мужского желудка / В.Е. Богопольский, А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрикс. – Москва: Издательский дом «Практическая медицина», 2021. – 352 с. – Текст (визуальный): непосредственный.
30. Богун, Л.В. Острие желудочно-кишечные кровотечения. Остр и е и неотлойн и е состояния в практике врача / Л.В. Сегодня. - 20 22 . Текст (в электронном виде) : непосредственн и й. – URL: // срочно. здоровье - ua. com/article/45.html..

ISSN 3030-3907