ISNN 3030-3907

2026
MAY
ISSUE - 5
VOLUME - 1

DEVELOPMENT OF SCIENCE

ILMIY JURNAL



Development of science

Ilmiy jurnal

MAY 2026
Issue - 5, VOLUME - 1

ISSN 3030 -3907

Ilmiy jurnal OAK rayosatining 2024 yil 27 sentabrdagi 361-son qaroriga asosan 02.00.00 kimyo fanlari hamda 2025 yil 12 fevral 367- son qaroriga asosan 05.00.00 texnika fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD) va fan doktori (DSc) ilmiy darajasiga talabgorlarning dissertatsiya ishlari yuzasidan dissertatsiyalari asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan milliy ilmiy nashrlar ro‘yxatiga kiritilgan.

BOSH MUHARRIR:
Temirov Alisher Hoshim o‘g‘li – texnika fanlari falsafa doktori (PhD),Dotsent.
TAHRIRIYAT KENGASH RAISI:
Fozilov Sadriddin Fayzullayevich – texnika fanlari doktori, professor
TAHRIRIYAT KENGASH A’ZOLARI

TEXNIKA FANLARI/ TECHNICAL SCIENCES/ ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

Bozorov G‘ayrat Rashidovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor
Abdurahmonov Olim Rustamovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor
Adizov Bobur Zamirovich
O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Umumiy va noorganik kimyo instituti, professor
Hayitov Ruslan Rustamjonovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor
Jumayev Qayum Karimovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Berdiyev Dorob Murodovich
Islom Karimov nomidagi Toshkent Davlat Texnika Universiteti, professor
Maxmudov Rafiq Amonovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Tilloyev Lochin Ismatilloyevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Raxmonov Qahramon Sanakulovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Barakayev Nusratullo Rajabovich
Islom Karimov nomidagi Toshkent Davlat Texnika Universiteti, professor.
Jo‘rayev Xayrullo Fayziyevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Panoyev Erali Rajabboyevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Ataullayev Sherzod Nabiullyevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Murodov Malik Negmurodovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Axmedova Ozoda Bahronovna
Islom Karimov nomidagi Toshkent Davlat Texnika Universiteti.
Safarov Bahri Jumayevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Xaydarov Axtam Amonovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Safarov Jasur Alijon o‘g‘li
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.

KIMYO FANLARI/ CHEMICAL SCIENCES/ ХИМИЧЕСКИЕ НАУКИ

Axmedov Voxid Nizomovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor
Umarov Baqo Bafoyevich
Buxoro Davlat Universiteti, professor
Kodirov Abduaxad Abduraximovich
Qarshi davlat Universiteti, professor
Qurbonov Mingniqul Jumagulovich
Qarshi davlat Universiteti, dotsent
Turemuratov Sharibay Naurizbaevich
O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Qoraqalpog‘iston bo‘limi Bosh ilmiy kotibi, professor
Tursunov Kaxor Shonazarovich
Qarshi davlat Universiteti, professor
Do‘stov Hamro
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor
Panoyev Nodir Shavkatovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Olimov Bobur Bahodir o‘g‘li
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Kasimov Sherzod Abduazimovich
Termiz Davlat Universiteti, professor.
Aliqulov Rustam Valiyevich
Termiz Davlat Universiteti, professor
Tropov Xamza Tursunovich
Samarqand Davlat Universiteti, professor

IQTISODIYOT FANLARI/ ECONOMICS/ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ

Nizamov Aslitdin Badreddinovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Boboyev Akmal Choriyevich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Ergashxojayeva Shaxnoza Djasurovna
Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti, professor
Saidaxmedova Nodira Ilxomovna
Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti, professor
Muxsinov Bekzod Toxirovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Shakarov Qulmat Ashirovich
Renessans ta'lim universiteti,dotsent.
Jumaeva Zulfiya Qayumovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Norova Salomat Yusupovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Avezova Shaxnoza Maxmudjonovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Jalilov Jamshid G‘anijonovich
Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti, dotsent
Xasanova Gulruh Djumanazarovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.

PEDAGOGIKA FANLARI/ PEDAGOGICAL SCIENCES / ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Siddiqova Sadoqat G‘afforovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Zoyirov Erkin Xalilovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, DSc, professor
Gaffarov Feruz Hasanovich
Puchon Universiteti, *professor*
Ruziyev Davron Yuldashevich
Buxoro Davlat Universiteti, professor
Muradova Firuza Rashidovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Yunusova Gulandon Samiyevna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
To‘xtayeva Zebo Sharifovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, professor.
Navro‘zova Gulchixra Nigmatovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Uzoqova Laylo Polvonovna
Buxoro muhandislik – texnologiya instituti, dotsent.
To‘raqulova Marjona Qiyom qizi
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Muradova Zarina Rashidovna
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Murodov Sanjar Aslonovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent.
Shodiyev Jahongir Jo‘raqulovich
Buxoro Davlat Texnika Universiteti, dotsent
Gaffarov Laziz Hasanovich
Buxoro muhandislik – texnologiya instituti, dotsent.

Tahririyat a’zolarning to‘liq ro‘yxati jurnalning www.devos.uz saytida keltirilgan.

Tahririyat hay’ati a’zolarining tarkibini o‘zgartirish hamda qo‘shimcha kiritish yoki tahririyat a’zoligidan chiqarish bosh muharrir tomonidan amalga oshiriladi.

ISSN 3030-3907

Development of science ilmiy jurnali 2024 yil 15 aprel kuni №256445 sonli guvohnoma bilan Davlat ro‘yxatidan o‘tgan.

To‘plam elektron ko‘rinishda (pdf formatida) mualliflarga taqdim etiladi. To‘plamga kiritiladigan maqolalarning mazmuni, ulardagi statistik ma’lumotlar va me’yoriy hujjatlarning to‘g‘riligiga hamda har qanday fikr - mulohazalarga mualliflarning o‘zlari mas’ul hisoblanadilar. Talablarga javob bermaydigan maqolalar to‘plamga kiritilmaydi. Tashkiliy qo‘mita maqola matnini qisqartirish, qisman tuzatish kiritish, seksiyalarga joylashtirish huquqiga ega.

ISSN 3030-3907

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Азимова Гулноза Равшановна
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Анатация. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с пищеводными кровотечениями на фоне цирроза печени путем усовершенствования тактико-технических подходов в лечении данной категории пациентов. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 252 больных с пищеводными кровотечениями на фоне цирроза печени. В зависимости от лечебного подхода все больные были разделены на две группы. В первой группе (136 (54,0%) пациентов) использована стандартная лечебная так тика. Учитывая неудовлетворительные результаты лечения в первой группе, во второй клинической группе (116 (46,0%) больных) применена усовершенствованная тактика лечения.

Ключевые слова: цирроз, портальная гипертензия, кровотечение, гемостаз.

Anatation. The purpose.To improve the results of treatment of patients with esophageal bleeding on the back ground of liver cirrhosis by improving tactical and technical approaches in this category of patients treatment. Materials and methods. The results of examination and treatment of 252 patients with esophageal bleed ing caused by of liver cirrhosis were analyzed. Depend ing on the treatment approach, all patients were divided into two groups. In the first group (136 (54,0%) patients), standard treatment tactics were used. Tak ing into account the unsatisfactory results of treat ment in the first group, in the second clinical group (116 (46,0%) patients) we used the improved treatment tactics.

Key words: cirrhosis, portal hypertension, bleeding, hemostasis.

Anatatsiya. Maqsad. Jigar sirrozi fonida qizilo‘ngachdan qon ketishi bo‘lgan bemorlarni davolash natijalarini ushbu toifadagi bemorlarni davolashda taktik va texnik yondashuvlarni takomillashtirish orqali yaxshilash. Materiallar va usullar. Jigar sirrozi fonida qizilo‘ngachdan qon ketishi bilan og‘rigan 252 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalari tahlil qilindi. Birinchi guruhda (136 (54,0%) bemor) standart davolash taktikasidan foydalanilgan. Birinchi guruhdagi davolanishning qoniqarsiz natijalarini hisobga olgan holda, ikkinchi klinik guruhda (116 (46,0%) bemor) biz takomillashtirilgan davolash taktikasini qo‘lladik.

Kalit so‘zlar: siroz, portal gipertenziya, qon ketish, gemostaz.

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность проблемы. Одним из грозных осложнений цирроза печени (ЦП) является портальная гипертензия (ПГ), которая характеризуется

ISSN 3030-3907

повышением давления в бассейне воротной вены, в результате нарушения кровотока в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене. ПГ способствует развитию кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка [1]. Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка являются наиболее драматичным и жизнеугрожающим осложнением ПГ, которая сопровождается высокой летальностью [2].

Летальность от продолжающегося кровотечения в раннем периоде с момента поступления в клинику составляет около 4-8%. При этом, 20% больных погибают в течение первых 6 недель от других осложнений ПГ. После первичного гемостаза рецидив кровотечения может наблюдаться более чем у 60% пациентов, а летальность на этом фоне у больных с декомпенсированным ЦП достигает 78% [3].

Существует определенная разница между кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка не только с анатомической точки зрения, но и в плане тактико-технических подходов. ВРВ желудка встречается реже, чем варикоз пищевода (примерно у каждого пятого), но характеризуется более драматичным течением [4]. При стойком первичном гемостазе риск кровотечений из ВРВ желудка составляет 16%, 36% и 44% через один, три и пять лет наблюдения [5].

В зависимости от локализации ВРВ выделяют пищеводные, пищеводно-желудочные (gastro-oesophagealvaricose, GOV) и изолированные желудочные (isolatedgastricvaricose, IGV) вариксы. При GOV1 варикозные вены идут вдоль малой кривизны желудка, при GOV2 - вдоль дна и большой кривизны желудка, при IGV1 – расширенные вены локализуются в области дна желудка, при IGV2–в теле, антральном отделе или привратнике [2].

Учитывая тот факт, что выбор лечебной тактики зависит от локализации ВРВ, предложенная система является удобной с практической точки зрения, однако не определяет степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, что в конечном итоге не позволяет выбрать адекватную лечебную тактику. Одним из причин неудовлетворительных результатов является малая эффективность эндоскопических методов гемостаза при локализации ВРВ в области дна желудка.

Учитывая вышеизложенное, нами определена цель исследования, которая заключалось в улучшении результатов лечения больных с пищеводными кровотечения на фоне цирроза печени путем усовершенствования тактико-технических подходов в лечении данного категории пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 252 больных с

ISSN 3030-3907

пищеводными кровотечениями на фоне ЦП, которые находились в отделение экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2022 годы. Среди обследованных пациентов мужчин было 173, женщин – 79. Возраст пациентов колебался от 29 до 71 лет (в среднем 52,1лет). В исследуемую группу были включены только больные с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка на фоне ЦП. У 238 пациентов причиной ПГ явился ЦП различной этиологии (алкогольный генез у 47, вирусный – у191), первичный билиарный цирроз печени – у 14больного. У 103 пациентов в анамнезе были эпизоды кровотечений из ВРВ, которые были остановлены консервативными мероприятиями и эндоскопическим путем.Тяжесть печеночной недостаточности оценивался по Child-Pugh: класс А выявлен у 55 больных, В – у 128, С – у 69.

Всем пациентам проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, коагулограмма, УЗИ, ЭГДФС, МСКТ). Статистическая обработка клинического материала осуществлена на персональном компьютере Pentium-IV-3000 с помощью программного пакета Microsoft Excel-XP, включая использование встроенных функций статистической обработки. Достоверность отличий между группами по изучаемым признакам проводилась путем определения t-теста Стьюдента, достоверными считались отличия при значении $t \geq 2{,}0$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. В зависимости от лечебного подхода все больные были разделены на две группы. В первой группе (136 пациентов) использована стандартная лечебная тактика (2010-2015 годы). Учитывая неудовлетворительные результаты лечения в первой группе, во второй клинической группе (116 больных) применена усовершенствованная нами тактика лечения (2016-2022 годы). В сравнительном отношении клинические группы были репрезентативны по всем клинико-лабораторным параметрам.

В первой группе при поступлении больных с явлениями пищеводного кровотечения после диагностического этапа при тяжелом состоянии пациентов осуществлялся временный гемостаз путем установки зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора (78 наблюдений), при стабильном состоянии выполнялся эндоскопический гемостаз (в 6 случаях эндоскопическая склеротерапия, в 41 – эндоскопическое лигирование), 11 больных были подвергнуты открытому оперативному лечению, им была выполнена операция Пациора. Первичный гемостаз достигнут у 109 (80,1%) пациентов, рецидив кровотечения отмечено у 27 (19,9%) больных, летальность составила 13,9% (19 пациентов). Причиной летальных исходов были острая печеночная недостаточность (6 наблюдений), острая почечно-

ISSN 3030-3907

печеночная недостаточность (3 случая), острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне острого инфаркта миокарда (1 больной), острая полиорганная недостаточность (3 пациента) и геморрагический шок (6 наблюдений).

В настоящем исследовании был проведен анализ клинических результатов в ближайшем периоде на этапе стационарного лечения больных.

Анализ причин неудовлетворительных результатов лечения в первой группе показал отсутствие в настоящее время системы оценки интенсивности пищеводных кровотечений, и, соответственно, тактики лечебных мероприятий в зависимости от локализации ВРВ и интенсивности кровотечения. Нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ.

1 степень. Характеристика. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа или вообще невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения (рис. 1).

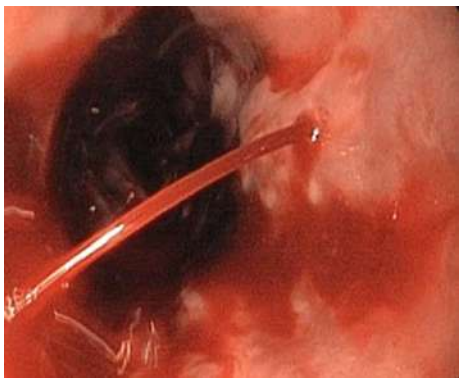


Рис. 1. 1 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода

Тактика лечения: при ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 необходимо установка Блекмора с последующем лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24-48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование; при IGV1 – целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 – рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

2 степень. Характеристика. Просачивание крови или капельное кровотечение (рис. 2.).

ISSN 3030-3907

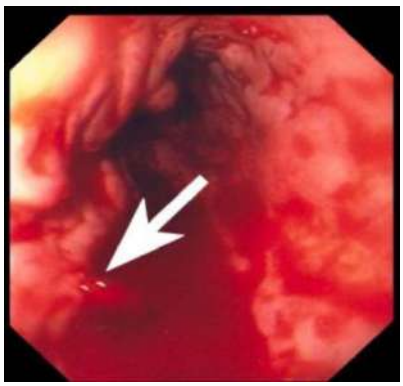


Рис. 2. 2 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода

Тактика лечения: при ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 показано проведение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 - проведение ретроградного лигирования; при IGV2 - проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, что позволяет завершить манипуляцию.

3 степень. Характеристика. ВРВ покрыта свежими тромбами или симптом «спелой вишни», кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения) (рис. 3).



Рис. 3. 3 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При ВРВ пищевода, GOV1 и GOV2 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка –

ISSN 3030-3907

ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

4 степень. Характеристика. Симптом «белого соска» (появляется в течение 2-7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ) (рис. 4).



Рис. 4. 4 степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода.

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующей специальной подготовки (типа установка зонда Блекмора, промывание зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен, как и при предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 –лигирование ВРВ пищевода и кардии, при распространение ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Предложенная нами система оценки интенсивности пищеводного кровотечения позволило объективно оценить клиническую ситуацию, а предложенная лечебная тактика способствовало выбору надежного способа гемостаза.

Из 27 пациентов, у которых отмечен рецидив кровотечения после эндоскопических вмешательств и операции Пациора, в 11 случаях выполнено портография с целью выявления источника кровотечения, на которых выявлены притоки через левую желудочную вену (рис. 5). В этой связи, после эмболизации притоков ВРВ катетер в воротной вене оставлен для контроля за развитием новых притоков и для внутрипортального введения препаратов. В 4 случаях на контрольной портографии выявлены дополнительные пути притоков к ВРВ из множества коротких желудочных вен(рис. 6).

ISSN 3030-3907



Рис. 5. Приток к варикозным венам через левую желудочную вену



Рис. 6. Приток к варикозным венам через короткую желудочную вену

Проведенные исследования показывают, что открытые операции по разобщению гастроэзофагеального коллектора не во всех случаях позволяют ликвидировать притоки к ВРВ пищевода и желудка. При прошивании ВРВ желудка возможно сохранение ветвей желудочных вен, которые «питают» варикозные вены пищевода и могут обуславливать рецидив кровотечения.Учитывая данный факт, нами модифицирована операция Пациора (патент на изобретение IAP 06707 «Способ разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с портальной гипертензией от 13.01.2022 г.). Хирургическое вмешательство осуществляется следующим образом. Производится верхняя срединная лапаротомия. На переднюю стенку желудка ближе к кардии накладываются швы-держалки, между которыми рассекают стенку желудка на протяжении 8-10 см. Линия разреза проходит вертикально от дна желудка к его телу. После вскрытия просвета желудка и отсасывания его содержимого в просвет желудка вводится зеркало, которым приподнимается верхняя часть передней стенки желудка, что увеличивает обзор полости желудка. На уровне перехода тела в кардиальную часть желудка осуществляется прошивание узловыми швами по окружности через все слои желудка со стороны слизистой желудка с варикозно расширенными венами. Прошивание ВРВ начинают, как правило, с малой кривизны желудка.После наложения первого узлового шва, подтягивая за лигатуры, второй шов накладывается выше или ниже первого шва с частичным захватом ранее установленного шва. Таким образом, прошивается желудок на всем протяжении по окружности. Вторая линия аналогичных швов через все слои накладывается в области перехода пищевода в кардию желудка. После завершения основного этапа стенку желудка ушивают двухрядным швом.

ISSN 3030-3907

Во второй клинической группе согласно предложенной нами системе оценки интенсивности в 26 (22,4%) наблюдениях была 1 степень кровотечения, в 24 (0,7%) случаях – 2 степень, у 55 (47,4%) пациентов – 3 степень и у 11 (9,5%) больных 4 степень кровотечения.98 пациентам выполнено лигирование ВРВ, 12 – клеевая облитерация, 6 – разобщение гастроэзофагеального коллектора по предложенной нами методике. Первичный гемостаз достигнут у 110 (94,8%) пациентов, рецидив кровотечения отмечено у 6 (5,2%) больных, летальность составила 8,6% (10 пациентов). Причиной летальных исходов были острая печеночная недостаточность (3 наблюдений), острая почечно-печеночная недостаточность (1 случай), острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне острого инфаркта миокарда (1 больной), тромбоэмболия легочной артерии (1 пациент), острая полиорганная недостаточность (2 наблюдения) и геморрагический шок (2 случая).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ. В настоящее время существует ряд классификаций оценки степени варикозного расширения вен (ВРВ) пищевода. Наиболее чаще на просторах постсоветского пространства используется классификация, предложенная Шерцингером А.Г. (1986) [6]; в странах Европы широкое применение нашла классификация ВРВ пищевода N.Soehendra, K.Binmoeller (1997) [7]; в Америке широко используется классификация Американской ассоциации по изучению болезней печени (AASLD) или Бавенская классификация ВРВ пищевода (Baveno classification of esophageal varices) [8]. Существующие на сегодняшний день классификации степеней ВРВ пищевода основаны лишь на размерах вен или характера структурных изменений в них. Однако ни одна из вышеуказанных классификаций не определяет степень интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода, что в конечном итоге не позволяет выбрать адекватную лечебную тактику.

Нами была предложена система оценки интенсивности пищеводных кровотечений, которая позволило дифференцированно подходить к выбору метода гемостаза.

Среди многочисленных операций, предложенных для лечения и профилактики гастроэзофагеальных кровотечений у больных ПГ, кроме портокавальных анастомозов широкое распространение получили и операции непосредственно на ВРВ пищевода и желудка, направленные на разобщение портальной системы с бассейном непарной и полунепарных вен.Наиболее простой технически и непродолжительной по времени является операция М.Д. Пациора (1959), которая заключается в том, что из

ISSN 3030-3907

абдоминального доступа выполняется гастротомия, прошивание и перевязка вен дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка [9].

Назыровым Ф.Г. (2016) для усовершенствования метода азигопортального разобщения был разработан оригинальный вариант оперативного вмешательства, объединивший патофизиологически обоснованные элементы нескольких оперативных методов, рационально выбранных из всего спектра таких операций. Метод заключается в деваскуляризации желудка по большой и малой кривизне с его лигатурным пересечением на уровне верхней трети на установленном в просвете органа синтетическом каркасе. Он дополняет внеорганное разобщение вен пищевода и кардиального отдела желудка от портальной системы формированием интрамурального грубого рубца, окаймляющего стенку желудка на уровне лигатурного пересечения [10].

Недостатком указанных хирургических вмешательств является возможность сохранения ветвей желудочных вен, которые «питают» варикозные вены пищевода и могут обуславливать рецидив кровотечения.

Предложенная нами лечебная тактика и дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволили повысить частоту первичного гемостаза с 80,1% до 94,8% и снизить летальность при данной патологии с 13,9% до 8,6%.

ВЫВОДЫ.

1. При портальной гипертензии использование предложенной системы оценки интенсивности кровотечения позволяет адекватно оценить тяжесть геморрагии и дифференцированно подходить к выбору лечебной тактики, что способствует увеличению частоты первичного гемостаза с 80,1% до 94,8%.

2. Усовершенствованный способ разобщения гастроэзофагеального коллектора позволяет снизить частоту рецидива кровотечения с 19,9% до 5,2% за счет перевязки дополнительные путей притоков к ВРВ из множества коротких желудочных вен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пасечник И.Н., Сальников П.С. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013;(8):76-80.

2. Хоронько Ю.В., Сидоров Р.В., Косовцев Е.В., Хоронько Е.Ю., Тышлек Ю.В., Криворотов Н.А., Абдуллаев К.И., Руденко О.С. Желудочные кровотечения при портальной гипертензии: современный взгляд и возможности эффективного лечения. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2022, т. 17, №4. Часть 2. 101-105.

ISSN 3030-3907

3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Муродов А.М.Эндоваскулярнаяэмболизациягастроэзофагеальных вен в комплексе с эмболизацией селезеночной артерии у больных циррозом печени. Вестникэкстренноймедицины, 2017. XI (3).17-22.
4. Alberto Zanetto, Sarah Shalaby, Paolo Feltracco, Martina Gambato, Giacomo Germani, Francesco Paolo Russo, Patrizia Burra, arcoSenzolo. Recent Advances in the Management of Acute Variceal Hemorrhage. J Clin Med. 2021; 10(17): 388.
5. Philips C.A., Ahamed R., Rajesh S., George T., Mohanan M., Augustine P. Beyond the scope and the glue: update on evaluation and management of gastric varices. BMC Gastroenterol. 2020; 20: 361.
6. ЖигаловаС.Б., Шерцингер А.Г., Семенова Т.С. Современный подход к проблеме эндоскопической диагностики и лечения варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Неотложная медицинская помощь. 2013; 3. 21-24.
7. SoehendraN., BinmoellerK.F., SeifertH., SchreiberH. W..Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract. 2005.
8. Flores-Calderón, J., Morán-Villota, S., Rouassant, S.-H., Nares-Cisneros, J., Zárate-Mondragón, F., González-Ortiz, B., Varela-Fascinetto, G. Guidelines for the diagnosis and treatment of extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO) in children. AnnalsofHepatology, 2013; 12, 3–24.
9. Воробей А.В., Климович В.В., Жура А.В. Разобщающие операции в лечении кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза при портальной гипертензии (обзор литературы). Медицинская панорама. 2007;2. 29-34.
10. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р. Эволюция технологий азигопортального разобщения в профилактике кровотечений портального генеза. Анналы хирургической гепатологии, 2018, том 23, №1. 65-73.

ISSN 3030-3907