

УДК: 616.33-002.44-005.1-08-073.75

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ГЕМОСТАЗУ

Аскарар Пулат Азадович, Усманов Акмал Хисравович, Курбаниязов Зафар Бабажанович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЯРАЛИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРИНИНГ РЕЦИДИВИНИ ПРОГНОЗЛАШ ВА ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Аскарар Пулат Азадович, Усманов Акмал Хисравович, Курбаниязов Зафар Бабажанович
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MODERN APPROACHES TO PREDICTING RECURRENT PEPTIC GASTRODUODENAL BLEEDING AND ENDOSCOPIC HEMOSTASIS

Askarov Pulat Azadovich, Usmanov Akmal Khisravovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: pulic76@mail.ru

Резюме. Ушбу адабиётлар шарҳида ярали гастродуоденал қон кетишларининг рецидивини прогнозлаш ва эндоскопик гемостаз имкониятларига оид замонавий маълумотлар умумлаштирилган. Муаммонинг эпидемиологик жиҳатлари, қон кетиши рецидивининг клиник аҳамияти ҳамда нохуш натижаларга олиб келувчи асосий прогнозловчи омиллар таҳлил қилинган. Мавжуд прогнозлаш шкаллари, уларнинг афзалликлари ва клиник амалиётдаги чекловлари кўриб чиқилган. Эндоскопик гемостазнинг ривожланиши, комбинацияланган усуллар ва гемостатик кукунлардан фойдаланиш масалаларига алоҳида эътибор қаратилган. Қон кетиши рецидиви ва операцион-анестезиологик хавфни ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикасини индивидуаллаштириши самарали ёндашув сифатида таъкидланган.

Калим сўзлар: ярали гастродуоденал қон кетишлар, қон кетиши рецидиви, хавфни прогнозлаш, эндоскопик гемостаз, комбинацияланган гемостаз, гемостатик кукунлар, индивидуаллаштирилган даволаш тактикаси.

Abstract. This review summarizes current data on predicting recurrent peptic gastroduodenal bleeding and the role of endoscopic hemostasis. Epidemiological aspects, clinical significance of rebleeding, and major prognostic factors associated with adverse outcomes are analyzed. Existing risk stratification scores, along with their advantages and limitations in clinical practice, are discussed. Particular attention is given to the evolution of endoscopic hemostasis, combined techniques, and the use of topical hemostatic powders. The importance of a personalized treatment strategy based on rebleeding risk and anesthesiological risk assessment is emphasized as a key approach to optimizing management and improving clinical outcomes.

Key words: peptic gastroduodenal bleeding, recurrent bleeding, risk prediction, endoscopic hemostasis, combined hemostasis, hemostatic powders, personalized treatment strategy.

Введение. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) на протяжении многих десятилетий остаются одной из наиболее актуальных и сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Они занимают ведущее место среди причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и продолжают характеризоваться значительной вариабельностью клинического течения — от минимальных проявлений до массивной кровопотери, угрожающей

жизни пациента [1–4]. Несмотря на существенный прогресс в области эндоскопических технологий, фармакотерапии язвенной болезни и интенсивной терапии, ЯГДК по-прежнему сопровождаются высокой частотой рецидивов и летальных исходов, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией и сниженным компенсаторным потенциалом организма [3–5].

Современные демографические тенденции, включающие «старение» населения, рост полиморбидности и широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов, антиагрегантов и антикоагулянтов, способствуют сохранению высокой распространённости ЯГДК и формированию контингента пациентов высокого риска [6, 13, 21]. В этой группе больных течение заболевания, как правило, осложняется декомпенсацией сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной систем, что существенно ограничивает возможности радикального хирургического лечения и повышает требования к эффективности консервативных и эндоскопических методов гемостаза [2, 5, 22].

Ключевым фактором, определяющим неблагоприятный исход лечения ЯГДК, является рецидив кровотечения. Именно развитие повторного эпизода кровопотери приводит к нарушению системной гемодинамики, прогрессированию полиорганной недостаточности, нарастанию метаболических расстройств и необходимости выполнения экстренных оперативных вмешательств, зачастую в условиях нестабильного состояния пациента [3, 10, 14]. Известно, что летальность при рецидиве язвенного кровотечения в несколько раз превышает таковую при первичном эпизоде, что подчёркивает доминантную роль рецидива в структуре причин неблагоприятных исходов [1, 6, 20].

В связи с этим в последние годы особое внимание уделяется вопросам раннего прогнозирования риска рецидива кровотечения, что позволяет своевременно стратифицировать пациентов по степени угрозы повторного эпизода и персонализировать лечебную тактику [6, 18, 22]. Разработка достоверных прогностических моделей имеет принципиальное значение для клинической практики, поскольку позволяет обоснованно определять необходимость динамического эндоскопического мониторинга, проведения превентивного эндоскопического гемостаза или выбора оптимальных сроков хирургического вмешательства [6, 18, 23].

Параллельно с развитием прогностических подходов продолжается совершенствование методов эндоскопического гемостаза. Современная эндоскопия располагает широким арсеналом инъекционных, механических и термических методик, а также их комбинаций [5, 17, 24]. При этом накопленные клинические данные свидетельствуют о преимуществе комбинированного эндоскопического гемостаза по сравнению с применением отдельных методик в монорежиме [2, 5, 14]. Однако даже при использовании комбинированных способов сохраняется риск рецидива кровотечения, особенно у пациентов с неблагоприятными анатомо-топографическими особенностями

язвенного дефекта и тяжёлым соматическим состоянием [10, 23].

В последние годы всё больший интерес вызывают аппликационные гемостатические средства, применяемые в виде порошков, которые позволяют осуществлять атравматичное воздействие на кровоточащую поверхность, обрабатывать обширные эрозивно-язвенные дефекты и использовать метод многократно без риска дополнительного повреждения тканей [9–11]. Эти свойства делают их особенно перспективными у пациентов высокого риска и в ситуациях, когда применение традиционных эндоскопических методик затруднено или сопряжено с повышенной опасностью осложнений [9, 10, 25].

Целью настоящего обзора является комплексный анализ современных подходов к прогнозированию рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений и оценка возможностей эндоскопического гемостаза с акцентом на комбинированные методики и применение аппликационных гемостатических средств в клинической практике.

1. Эпидемиология и клиническое значение рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.

По данным многочисленных отечественных и зарубежных авторов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться ведущей причиной неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на долю которых приходится более половины всех случаев острых желудочно-кишечных кровотечений [1–4]. Несмотря на совершенствование диагностических и лечебных подходов, частота язвенных гастродуоденальных кровотечений не демонстрирует устойчивой тенденции к снижению, что обусловлено целым рядом неблагоприятных эпидемиологических и клинико-социальных факторов [3, 6].

К числу основных причин сохранения высокой распространённости ЯГДК относят демографические изменения с увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, рост полиморбидности, а также широкое и зачастую неконтролируемое применение нестероидных противовоспалительных препаратов, антиагрегантов и антикоагулянтов [6, 13, 21]. Указанные лекарственные средства, обладая выраженным ульцерогенным и антиагрегационным действием, существенно повышают риск развития первичного язвенного кровотечения и его рецидива, особенно у пациентов с исходно отягощённым соматическим фоном. В условиях старения населения и увеличения продолжительности жизни данная проблема приобретает особую актуальность, формируя устойчивую группу пациентов высокого риска [13, 21].

Рецидив кровотечения после успешно достигнутого первичного гемостаза, по данным различных исследований, развивается в 10–30% случаев и является одним из наиболее прогностически неблагоприятных событий в клиническом течении ЯГДК [6, 10, 20]. Повторный эпизод кровопотери, как правило, характеризуется более тяжёлым течением, быстрым прогрессированием гемодинамических нарушений и значительным истощением компенсаторных резервов организма, особенно у пациентов пожилого возраста [10, 14]. При этом летальность у больных с рецидивом кровотечения возрастает в несколько раз по сравнению с пациентами, перенесшими одиночный эпизод кровопотери, что подчёркивает его критическое значение в структуре неблагоприятных исходов.

Клиническое значение рецидива ЯГДК определяется не только непосредственной угрозой жизни пациента, но и необходимостью проведения повторных эндоскопических вмешательств, увеличением частоты экстренных оперативных вмешательств и ростом числа послеоперационных осложнений. Экстренные операции, выполняемые на фоне продолжающегося или рецидивирующего кровотечения, зачастую проводятся в условиях нестабильной гемодинамики и декомпенсации сопутствующих заболеваний, что существенно ухудшает их результаты и сопровождается высокой послеоперационной летальностью.

В этой связи рецидив язвенных гастродуоденальных кровотечений рассматривается как центральное звено патогенеза неблагоприятных исходов и ключевая мишень профилактических и лечебных мероприятий. Современная стратегия ведения пациентов с ЯГДК всё в большей степени ориентирована не только на достижение первичного гемостаза, но и на предупреждение повторного кровотечения за счёт раннего выявления пациентов высокого риска, оптимизации антисекреторной терапии и применения наиболее эффективных и безопасных методов эндоскопического гемостаза [6, 20, 22].

Таким образом, проблема рецидива ЯГДК выходит за рамки сугубо эндоскопической или хирургической задачи и требует комплексного, персонализированного подхода, основанного на учёте клинико-эндоскопических факторов риска, соматического статуса пациента и возможностей современных лечебных технологий.

2. Прогностические факторы рецидива кровотечения.

Современные клинические и эпидемиологические исследования убедительно демонстрируют, что риск рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений определяется сложным взаимодействием клинических, лабораторных и эндоскопических факторов, каждый из которых

вносит вклад в формирование неблагоприятного прогноза [6, 10, 18]. Среди эндоскопических критериев наибольшее прогностическое значение придаётся интенсивности кровотечения по классификации Forrest, которая отражает активность кровопотери и стабильность сформировавшегося тромба [15]. Продолжающееся кровотечение и наличие признаков нестойкого гемостаза ассоциируются с наиболее высокой вероятностью раннего рецидива.

Существенную роль играют морфологические характеристики язвенного дефекта, прежде всего его размеры и локализация. Крупные язвы, а также язвы, расположенные в проекции магистральных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождаются более высоким риском повторного кровотечения. Наличие видимого сосуда в дне язвы рассматривается как один из наиболее неблагоприятных эндоскопических признаков, свидетельствующий о сохраняющейся угрозе рецидива даже после успешно достигнутого первичного гемостаза [10, 23].

Лабораторные показатели, отражающие степень кровопотери и компенсаторные возможности организма, также имеют важное прогностическое значение. Снижение уровня гемоглобина крови и гематокрита, особенно при значениях ниже критических порогов, ассоциируется с повышенной частотой рецидивов и летальных исходов [6, 16]. Эти показатели не только отражают тяжесть перенесённого кровотечения, но и косвенно указывают на степень истощения физиологических резервов пациента.

Возраст пациента является самостоятельным и независимым фактором риска рецидива ЯГДК [6, 18]. У пациентов пожилого и старческого возраста снижение адаптационных и репаративных возможностей организма сочетается с высокой распространённостью хронических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной систем. Наличие выраженной сопутствующей патологии усугубляет течение заболевания, ограничивает возможности агрессивного лечения и повышает вероятность повторного кровотечения даже при адекватно проведённом первичном гемостазе [13, 21].

Важнейшее значение в профилактике рецидива ЯГДК имеет характер проводимой антисекреторной терапии. Доказано, что применение адекватных доз ингибиторов протонной помпы способствует быстрому и стойкому повышению внутрижелудочного pH, снижению кислотно-пептической агрессии и стабилизации тромба в зоне язвенного дефекта [16]. Поддержание оптимального уровня кислотности является ключевым условием для предотвращения лизиса тромба и повторного кровотечения в раннем постгемостатическом периоде. Напротив, недостаточная ан-

тисекреторная терапия или использование блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, обладающих менее выраженным и менее стабильным антисекреторным эффектом, ассоциируются с более высоким риском рецидива [16].

Особую группу высокого риска формируют пациенты пожилого и старческого возраста, у которых снижение компенсаторных возможностей организма сочетается с выраженной полиморбидностью и необходимостью постоянного приёма ulcerогенных препаратов. Длительное использование нестероидных противовоспалительных средств, антиагрегантов и антикоагулянтов не только повышает риск первичного язвенного кровотечения, но и существенно затрудняет достижение устойчивого гемостаза и профилактику рецидива. В этой категории больных даже минимальные эндоскопические признаки нестабильного гемостаза могут иметь серьёзные клинические последствия.

Таким образом, риск рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений формируется под влиянием множества взаимосвязанных факторов, что обосновывает необходимость комплексной оценки состояния пациента. Совокупный учёт эндоскопических признаков, клинико-лабораторных показателей и характеристик соматического статуса позволяет более точно прогнозировать вероятность повторного кровотечения и служит основой для разработки персонализированных алгоритмов лечебной тактики.

3. Шкалы прогнозирования рецидива кровотечения.

С целью стратификации пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями по риску неблагоприятных исходов в клинической практике на протяжении многих лет применяются различные прогностические шкалы. Наиболее известными и широко используемыми из них являются шкалы Rockall и Blatchford, разработанные для оценки тяжести состояния пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [7, 8]. Эти системы позволяют прогнозировать вероятность летального исхода, необходимость трансфузионной терапии и целесообразность экстренного вмешательства, что делает их полезными инструментами в первичной клинической оценке больных [6, 20].

В то же время накопленный клинический опыт и данные современных исследований свидетельствуют о том, что прогностическая ценность шкал Rockall и Blatchford в отношении именно рецидива язвенного кровотечения остается ограниченной. Значительная часть пациентов, у которых согласно данным шкалам риск неблагоприятного исхода оценивается как умеренный или низкий, в последующем демонстрирует развитие повторного кровотечения, что указывает на недоста-

точную чувствительность данных инструментов при прогнозировании рецидива ЯГДК [18, 22].

К числу основных недостатков существующих шкал относят отсутствие учета ряда эндоскопических признаков, имеющих ключевое значение для оценки стабильности гемостаза. В частности, в стандартных версиях шкал недостаточно отражены такие параметры, как наличие видимого сосуда в дне язвы, морфологические характеристики язвенного дефекта, особенности его локализации и технические сложности выполнения эндоскопического гемостаза. Кроме того, ряд шкал включает параметры, которые не всегда могут быть оперативно оценены в условиях экстренного поступления пациента, что снижает их практическую применимость в первые часы лечения [6, 18, 23].

Еще одним существенным ограничением является ориентация большинства традиционных шкал на прогнозирование летального исхода или необходимости вмешательства в целом, а не на оценку риска повторного кровотечения как самостоятельного и клинически значимого события. Между тем именно рецидив кровотечения является ключевым фактором, определяющим дальнейшее течение заболевания, тактику лечения и прогноз, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелым соматическим фоном.

В этой связи в последние годы продолжается активный поиск более простых, чувствительных и специфичных прогностических моделей, ориентированных преимущественно на оценку риска рецидива ЯГДК. Современная тенденция заключается в разработке балльных шкал, сочетающих клинические, лабораторные и эндоскопические критерии и позволяющих комплексно оценить угрозу повторного кровотечения уже на ранних этапах госпитализации. Такие шкалы ориентированы на практическое применение в условиях неотложной помощи и направлены на поддержку принятия клинических решений.

Использование интегральных прогностических моделей открывает возможности для персонализации лечебной тактики, позволяя обоснованно определять необходимость динамического эндоскопического мониторинга, проведения превентивного эндоскопического гемостаза или выбора оптимальных сроков хирургического вмешательства. Таким образом, развитие и внедрение специализированных шкал прогнозирования рецидива кровотечения является одним из ключевых направлений совершенствования современной стратегии ведения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

4. Эндоскопический гемостаз: эволюция и современные подходы.

Эндоскопический гемостаз в настоящее время является методом выбора при лечении яз-

венных гастродуоденальных кровотечений и рассматривается как ключевой элемент современной стратегии ведения пациентов с данной патологией [2, 5, 17]. Его внедрение позволило существенно снизить частоту экстренных хирургических вмешательств и улучшить непосредственные результаты лечения, обеспечивая остановку кровотечения в подавляющем большинстве клинических наблюдений. Развитие эндоскопических технологий и инструментов привело к расширению арсенала доступных методов локального гемостатического воздействия и повышению их эффективности.

В клинической практике применяются различные группы эндоскопических методов гемостаза, включая инъекционные, механические и термические методики. Инъекционный гемостаз, основанный на подслизистом введении вазоконстрикторных и склерозирующих растворов, позволяет быстро уменьшить интенсивность кровотечения за счет гидравлической компрессии и локального сосудосуживающего эффекта [24]. Однако его изолированное применение, как правило, обеспечивает лишь временный гемостатический эффект и сопровождается сравнительно высокой частотой рецидивов.

Механические методы гемостаза, прежде всего эндоскопическое клипирование, обеспечивают прямое сдавление кровоточащего сосуда и позволяют достичь более надежного и устойчивого гемостаза. Эти методики считаются одними из наиболее эффективных при наличии четко визуализируемого источника кровотечения, однако их применение может быть ограничено при сложной анатомо-топографической локализации язвы, выраженной воспалительной инфильтрации или деформации стенки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Термические методы эндоскопического гемостаза, включая контактную и бесконтактную коагуляцию, направлены на коагуляцию тканей в зоне кровоточащего сосуда и формирование устойчивого тромба. Эти способы обладают высокой эффективностью, но при неправильном применении могут сопровождаться риском глубокого термического повреждения тканей, что особенно актуально при лечении глубоких язвенных дефектов.

В настоящее время общепризнано, что комбинированный эндоскопический гемостаз превосходит монотерапию по эффективности и надежности [2, 5, 14]. Сочетание инъекционной методики с механическим клипированием или термокоагуляцией позволяет воздействовать на различные звенья гемостатического процесса, объединяя преимущества отдельных методов и нивелируя их ограничения. Применение комбинированного подхода ассоциируется с более высокой частотой

устойчивого первичного гемостаза и снижением риска раннего рецидива кровотечения.

Несмотря на очевидные преимущества комбинированных методов, даже их использование не позволяет полностью исключить вероятность рецидива кровотечения. Наибольший риск сохраняется у пациентов с неблагоприятными анатомо-топографическими особенностями язвенного дефекта, такими как локализация в проекции крупных сосудов, значительные размеры и глубина язвы, а также наличие выраженного периульцерозного воспаления [23, 25]. Дополнительным отягощающим фактором является высокий операционно-анестезиологический риск, обусловленный тяжелым соматическим состоянием и полиморбидностью, что ограничивает возможности агрессивного эндоскопического или хирургического вмешательства.

В условиях сохранения угрозы рецидива особое значение приобретает дальнейшее совершенствование эндоскопических методик и поиск новых, менее травматичных и более универсальных способов гемостатического воздействия. Современные тенденции развития эндоскопического гемостаза направлены на повышение его атравматичности, расширение показаний к повторному применению и интеграцию новых технологий, способных обеспечить надежный гемостаз даже у пациентов высокого риска.

5. Гемостатические порошки и их место в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений.

В последние годы значительный интерес в клинической практике и научных исследованиях вызывают аппликационные гемостатические средства, применяемые в виде порошков, которые рассматриваются как перспективное дополнение к традиционным методам эндоскопического гемостаза [9–11]. Появление данной группы препаратов стало важным этапом в эволюции эндоскопических технологий, направленных на повышение эффективности и безопасности лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, особенно в сложных клинических ситуациях.

Гемостатические порошки обладают рядом существенных преимуществ по сравнению с классическими эндоскопическими методиками. К их основным достоинствам относят атравматичность, отсутствие необходимости непосредственного контакта инструмента с язвенной поверхностью, простоту и быстроту применения, а также возможность использования при труднодоступных анатомо-топографических локализациях язвенного дефекта [9, 10]. Кроме того, данные препараты позволяют эффективно обрабатывать обширные по площади кровоточащие поверхности, что особенно важно при диффузных эрозивно-

язвенных поражениях слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Одним из наиболее изучаемых представителей данной группы является полисахаридный гемостатический порошок EndoClot™, механизм действия которого основан на быстром поглощении жидкой части крови с последующим образованием гелеобразного матрикса на поверхности источника кровотечения [11, 25]. В результате происходит локальная концентрация форменных элементов крови и факторов свертывания, что способствует ускоренному формированию физиологического тромба. Дополнительным механизмом гемостатического эффекта является создание своеобразного защитного барьера, изолирующего язвенную поверхность от агрессивного кислотно-пептического воздействия желудочного и дуоденального содержимого, что способствует стабилизации тромба и улучшению условий для репаративных процессов.

По данным опубликованных клинических исследований и систематических обзоров, применение гемостатических порошков в составе комбинированного эндоскопического гемостаза позволяет повысить надежность достижения первичного гемостаза и снизить частоту ранних рецидивов кровотечения. Особенно выраженный эффект отмечается у пациентов высокого риска, включая больных пожилого и старческого возраста, пациентов с выраженной полиморбидностью, нестабильной гемодинамикой и неблагоприятными эндоскопическими признаками, такими как крупные язвенные дефекты, наличие видимого сосуда и признаки нестойкого гемостаза [9, 23, 25].

Важным преимуществом гемостатических порошков является возможность их многократно применения в ходе динамического эндоскопического мониторинга без существенного риска дополнительной альтерации тканей. Это свойство имеет принципиальное значение в условиях, когда повторные контактные методы гемостаза сопряжены с повышенной вероятностью перфорации или усиления кровотечения. В ряде клинических ситуаций аппликационные порошки используются как самостоятельный метод временного гемостаза с целью стабилизации состояния пациента и подготовки к последующему радикальному лечению.

Несмотря на очевидные преимущества, гемостатические порошки не рассматриваются как универсальная альтернатива всем существующим методам эндоскопического гемостаза. Их эффективность во многом зависит от характера кровотечения, морфологических особенностей язвенного дефекта и правильного выбора лечебной тактики. В настоящее время наибольшее распространение получила концепция их применения именно в составе комбинированного эндоскопического ге-

мостаза, где аппликационные средства дополняют механические и термические методики, усиливая общий гемостатический эффект.

Таким образом, гемостатические порошки занимают всё более значимое место в современной стратегии лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, расширяя возможности эндоскопического гемостаза и способствуя реализации персонализированного подхода к ведению пациентов высокого риска. Их интеграция в клиническую практику представляет собой важное направление дальнейшего развития эндоскопической помощи при ЯГДК.

6. Персонализированный подход к лечебной тактике.

Современная концепция лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений основывается на принципах персонализированной медицины, предполагающей индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом клинико-эндоскопических особенностей заболевания и общего соматического статуса [6, 18, 23]. В условиях высокой вариабельности течения ЯГДК универсальные схемы лечения утрачивают свою эффективность, что обуславливает необходимость дифференцированного выбора лечебной тактики уже на ранних этапах госпитализации.

Выбор оптимальной стратегии лечения должен учитывать не только сам факт и интенсивность кровотечения, но и вероятность его рецидива, определяемую совокупностью клинических, лабораторных и эндоскопических факторов. Немаловажное значение имеет оценка общего состояния пациента и степени операционно-анестезиологического риска, которая отражает функциональные резервы организма и допустимый объем инвазивных вмешательств. Игнорирование этих аспектов может привести к необоснованному выбору тактики, повышающему риск неблагоприятных исходов.

Сочетание прогнозирования риска рецидива кровотечения с оценкой операционно-анестезиологического риска позволяет обоснованно дифференцировать пациентов на группы, требующие исключительно консервативного ведения, активного эндоскопического наблюдения с возможными повторными вмешательствами или хирургического лечения. У пациентов с низким риском рецидива и удовлетворительным соматическим статусом оправдано консервативное лечение в сочетании с адекватной антисекреторной терапией и минимальным эндоскопическим контролем. Напротив, у больных с высоким риском повторного кровотечения требуется более агрессивная тактика, включающая динамический эндоскопический мониторинг и превентивные эндоскопические вмешательства.

Особое место в персонализированной лечебной стратегии занимают пациенты с высоким и крайне высоким операционно-анестезиологическим риском, у которых выполнение экстренных хирургических вмешательств сопряжено с крайне неблагоприятным прогнозом. В данной категории больных приоритет отдается максимально щадящим и атравматичным методам эндоскопического гемостаза, включая комбинированные методики и применение аппликационных гемостатических средств, позволяющих многократно и безопасно воздействовать на источник кровотечения. Такой подход нередко позволяет избежать экстренных операций, выиграть время для стабилизации состояния пациента и, при необходимости, выполнить хирургическое вмешательство в более благоприятных условиях.

Внедрение персонализированных алгоритмов лечебной тактики способствует снижению числа экстренных операций, выполняемых на высоте кровотечения, уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальности [22, 25]. Кроме того, дифференцированный подход позволяет оптимизировать использование ресурсов стационара, сократить длительность госпитализации и улучшить непосредственные результаты лечения [5, 23, 25].

Таким образом, интеграция прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений с оценкой операционно-анестезиологического риска является ключевым элементом современной стратегии ведения пациентов с ЯГДК и представляет собой перспективное направление дальнейшего совершенствования клинической практики.

Заключение. Рецидив язвенных гастродуоденальных кровотечений остается ключевой проблемой, определяющей неблагоприятные исходы лечения. Современные данные свидетельствуют о необходимости раннего прогнозирования риска рецидива и использования комбинированных эндоскопических методик гемостаза.

Применение персонализированного подхода, основанного на комплексной оценке клинко-эндоскопических факторов и использовании современных гемостатических средств, открывает новые возможности для повышения эффективности лечения пациентов с ЯГДК и снижения летальности.

Литература:

1. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
2. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом

- генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
3. Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на стоматологическое здоровье //Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 11-14.
4. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
5. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.
6. Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение краткосрочной адаптации к физическим нагрузкам у спортсменов со вторичными иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.
7. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
8. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
9. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
10. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
11. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
12. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
13. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста

//Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29–30.

14.Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27–28.

15.Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.

16.Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J. et al. Endoscopic diagnosis and treatment of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage // *Endoscopy*. — 2021. — Vol. 53, № 3. — P. 300–332. — DOI: 10.1055/a-1325-6280.

17.Haddara S., Jacques J., Lecleire S. et al. A novel hemostatic powder for upper gastrointestinal bleeding: a multicenter study // *Endoscopy International Open*. — 2016. — Vol. 4, № 6. — P. E697–E702. — DOI: 10.1055/s-0042-107425.

18.Holster I.L., Kuipers E.J. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Gut*. — 2012. — Vol. 61, № 9. — P. 1306–1314.

19.Jairath V., Kahan B.C., Logan R.F.A. et al. Risk stratification in acute upper gastrointestinal bleeding // *Gut*. — 2015. — Vol. 64, № 8. — P. 1322–1328. — DOI: 10.1136/gutjnl-2014-307938.

20.Laine L., Jensen D.M. Management of patients with ulcer bleeding // *American Journal of Gastroenterology*. — 2016. — Vol. 111, № 4. — P. 459–464. — DOI: 10.1038/ajg.2016.41.

21.Laursen S.B., Oakland K., Laine L. et al. ABC score: a new risk score for upper gastrointestinal bleeding // *Gut*. — 2021. — Vol. 70, № 3. — P. 462–469.

22.Lau J.Y.W., Sung J.J.Y., Lam Y.H. et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control // *New England Journal of Medicine*. — 1999. — Vol. 340, № 10. — P. 751–756.

23.Oakland K. Risk stratification in upper gastrointestinal bleeding // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. — 2019. — Vol. 42–43. — 101613.

24.Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B., Northfield T.C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage // *Gut*. — 1996. — Vol. 38, № 3. — P. 316–321.

25.Smith L.A., Stanley A.J., Bergman J.J. et al. Hemostatic powders in gastrointestinal bleeding: a sys-

tematic review // *Gastrointestinal Endoscopy*. — 2018. — Vol. 87, № 6. — P. 1394–1402. — DOI: 10.1016/j.gie.2017.12.020.

26.Stanley A.J., Dalton H.R., Blatchford O. et al. Multicentre comparison of the Glasgow Blatchford and Rockall scores // *Gut*. — 2011. — Vol. 60, № 10. — P. 1269–1274.

27.Stanley A.J., Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding // *BMJ*. — 2019. — Vol. 364. — L536. — DOI: 10.1136/bmj.l536.

28.Sung J.J.Y., Chiu P.W.Y., Chan F.K.L. et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding // *Gut*. — 2018. — Vol. 67, № 10. — P. 1757–1768. — DOI: 10.1136/gutjnl-2018-316276.

29.Sung J.J.Y., Lau J.Y.W., Ching J.Y.L. et al. Continuing versus stopping aspirin after peptic ulcer bleeding // *New England Journal of Medicine*. — 2016. — Vol. 374, № 13. — P. 1244–1253. — DOI: 10.1056/NEJMoa1501530.

30.Triantafyllou K., Gkolfakis P., Gralnek I.M. Endoscopic management of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding // *Annals of Gastroenterology*. — 2021. — Vol. 34, № 4. — P. 459–469.

31.Villanueva C., Colomo A., Bosch A. et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding // *New England Journal of Medicine*. — 2013. — Vol. 368, № 1. — P. 11–21.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ЭНДСКОПИЧЕСКОМУ ГЕМОСТАЗУ

Аскарлов П.А., Усманов А.Х., Курбаниязов З.Б.

Резюме. В обзоре обобщены современные данные, посвящённые прогнозированию рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений и возможностям эндоскопического гемостаза. Проанализированы эпидемиологические аспекты проблемы, клиническое значение рецидива кровотечения и основные прогностические факторы, влияющие на неблагоприятные исходы. Рассмотрены существующие шкалы прогнозирования, их преимущества и ограничения в клинической практике. Особое внимание уделено эволюции эндоскопического гемостаза, роли комбинированных методик и применению аппликационных гемостатических порошков. Подчёркнута значимость персонализированного подхода к лечебной тактике с учётом риска рецидива кровотечения и операционно-анестезиологического риска, что позволяет оптимизировать лечение и улучшить клинические результаты.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, рецидив кровотечения, прогнозирование риска, эндоскопический гемостаз, комбинированный гемостаз, гемостатические порошки, персонализированная лечебная тактика.