

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

М.Ш.Хакимов.<sup>1</sup>, Ш.Э.Ашуров.<sup>2</sup>, Г.Р.Кодинова.<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Ташкентская медицинская академия,

<sup>3</sup>Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Для цитирования: © Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Кодинова Г. Р.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. ЖКМП.-2024.-Т.1.-№1.-С

Поступила: 13.01.2024

Одобрена: 04.02.2024

Принята к печати: 05.03.2024

**Аннотация:** Существующие на сегодняшний день классификации степеней ВРВ пищевода основаны лишь на размерах вен или характера структурных изменений в них. Целью данного исследования явилась разработка классификации оценки интенсивности пищеводных кровотечений и создание оптимальной лечебной тактики. Проведен анализ результатов хирургического лечения 401 пациентов с пищеводными кровотечениями на фоне ЦП. Разработанный нами дифференцированный подход, включавший в себя шкалу интенсивности геморрагии, позволил повысить эффективность первичного гемостаза и снизить частоту рецидивов кровотечения в 2 раза, а также сократить частоту летальности с 17,1% до 7,9%.

**Ключевые слова:** пищеводное кровотечение, классификация, эндоскопический гемостаз.

## QIZILO'NGACHDAN QON KETISHINI TASNIFLASH

M.Sh.Hakimov.<sup>1</sup>, Sh.E.Ashurov.<sup>2</sup>, G.R.Kodirova.<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi,

<sup>3</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Izoh: © Xakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Kodirova G.R.

QIZILO'NGACHDAN QON KETISHINI TASNIFLASH. KPTJ.-2024-N.1.-№1-M

Qabul qilindi: 13.01.2024

Ko'rib chiqildi: 04.02.2024

Nashrga tayyorlandi: 05.03.2024

**Annotatsiya:** Bugungi kunda mavjud bo'lgan qizilo'ngach varikoz venalarini kengayish darajalarining tasniflari faqat tomirlarning kattaligiga yoki ulardagi tarkibiy o'zgarishlarning xususiyatiga asoslangan. Ushbu tadqiqotning maqsadi qizilo'ngach qon ketishining intensivligini baholash tasnifini ishlab chiqish va optimal davolash taktikasini yaratish. Jigar sirrozi fonida qizilo'ngachdan qon ketishi bilan og'rikan 401 bemorni jarrohlik davolash natijalari tahlil qilindi. Gemorragiya intensivligi shkalasini o'z ichiga olgan biz ishlab chiqqan tabaqalashtirilgan yondashuv birlamchi gemostaz samaradorligini oshirishga va qon ketishining takrorlanish tezligini 2 baravar kamaytirishga, shuningdek, o'lim darajasini 17,1% dan 7,9% gacha kamaytirishga imkon berdi.

**Kalit so'zlar:** qizilo'ngachdan qon ketish, tasniflash, endoskopik gemostaz.

## CLASSIFICATION OF ESOPHAGEAL BLEEDING

Khakimov M.Sh.<sup>1</sup>, Ashurov Sh.E.<sup>2</sup>, Kodirova G.R.<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Tashkent Medical Academy,

<sup>2</sup>Fergana Medical Institute of Public Health.

For situation: © Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Kodirova G.R.

CLASSIFICATION OF ESOPHAGEAL BLEEDING. JCPM.-2024.P.1.-№1-A

Received: 13.01.2024

Revised: 04.02.2024

Accepted: 05.03.2024

**Annotation:** The classifications of esophageal VV degrees that exist today are based only on the size of the veins or the nature of structural changes in them. The purpose of this study was to develop a classification for assessing the intensity of esophageal bleeding and to create optimal therapeutic tactics. We analyzed the results of surgical treatment of 401 patients with esophageal bleeding on the background of cirrhosis of the liver. The differentiated approach developed by us, which included a hemorrhage intensity scale, made it possible to increase the effectiveness of primary hemostasis and reduce the frequency of bleeding recurrence by 2 times, as well as reduce the mortality rate from 17.1% to 7.9%.

**Keywords:** esophageal bleeding, classification, endoscopic hemostasis.

**Актуальность:** Пациенты с пищеводными кровотечениями из-за высокой частоты неудовлетворительных результатов требуют дифференцированного и индивидуального подхода к лечению каждого больного. Предрасполагающим фактором в достижении положительного исхода является адекватная оценка тяжести исходного состояния пациентов, что достигается за счет применения классификаций заболеваний [1-4]. 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). Согласно данной классификации различают ВРВПЖ по диаметру вен (I степень – диаметр вен 2-3 мм; II степень – диаметр вен 3-5 мм; III степень – диаметр вен >5 мм.), по локализации (изолированное ВРВ пищевода; ВРВ желудка – I тип – гастроэзофагеальные ВРВ с распространением на кардиальный и субкардиальный отделы малой кривизны желудка; II тип – гастроэзофагеальные ВРВ от эзофагокардиального перехода по большой кривизне по направлению к дну желудка; III тип – изолированные ВРВ желудка без ВРВ пищевода – варикозная трансформация вен фундального отдела желудка; IV тип – эктопические узлы тела, антрального отдела желудка) [3].

В странах Европы широкое применение нашла классификация ВРВ пищевода N.Soe-hendra, K.Binmoeller (1997). Согласно этой классификации выделяют три степени увеличения ВРВПЖ (I степень – диаметр вен не более 5 мм, практически не визуализируются; II степень – ВРВ от 5 до 10 мм, солитарно-полипоидного характера; III степень – вены диаметром более 10 мм, представляют обширный конгломерат узлов) [4, 5]. В США используется классификация Американской ассоциации по изучению болезней печени (AAS-LD): 1 стадия – маленькие вены, минимально возвышающиеся над слизистой пищевода; 2 стадия – средние вены, извитые, занимающие менее трети просвета пищевода; 3 стадия – крупные вены [6]. В странах Азии широко применяется Бавенская классификация (Baveno classification of esoph-

ageal varices), согласно которой выделяют маленькие (минимально приподнятые вены над поверхностью слизистой оболочки пищевода), средние (извилистые вены, занимающие менее трети поверхности пищевода) и большие (вены, занимающие более трети поверхности пищевода) ВРВ пищевода [7, 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; не учтены индивидуальные особенности пациента, что не позволяет персонализировать лечение в зависимости от его потребностей; отсутствует систематизация по степени риска осложнений и прогноза заболевания, что могло бы помочь врачам принимать более обоснованные решения о дальнейшем лечении и наблюдении пациентов с ВРВ пищевода; нет системы оценки степени распространения варикозных вен, классификации не учитывают количество и длину варикозных вен в пищеводе, что ограничивает способность определить степень поражения пищевода. Из-за этих проблем вышеприведенные классификации могут быть недостаточными для полного описания и оценки ВРВ пищевода. На наш взгляд, современные классификации заболеваний ставятся следующие задачи:

1. Определение наличия или отсутствия угрозы для жизни пациента. Классификация позволяет отличить легкие случаи заболевания от тяжелых, которые требуют немедленного медицинского вмешательства и поддержки;
2. Оценка потенциальных осложнений и прогноза. С помощью классификаций можно определить вероятность развития осложнений при данном заболевании. Это позволяет врачам принять соответствующие меры, чтобы предотвратить или минимизировать эти осложнения;
3. Руководство для лечебных мероприятий. Классификации тяжести заболеваний помогают определить подходящий план лечения и выбрать

наиболее эффективные методы лечения для каждого пациента. Классификации могут указывать на необходимость госпитализации, назначения специальных медикаментов или процедур;

4. Сравнение эффективности лечения. Классификации позволяют сопоставить результаты лечения разных групп пациентов с разной тяжестью заболевания. Таким образом, можно оценить эффективность различных методов лечения и определить наиболее эффективные подходы к управлению заболеваниями.

Согласно обобщенным данным, при прогнозировании кровотечения из ВРВПЖ необходимо руководствоваться нижеперечисленными критериями: степенью расширения ВРВ (чем более выражено расширение, тем выше риск); местоположением ВРВ; выраженностью расширения пищевода; напряженностью ВРВ; выраженностью васкулопатии при ВРВ пищевода и гастропатии для ВРВ желудка; портокавальным градиентом (>12 мм рт. ст.); тяжестью функционального состояния печени (чем выше класс по Child-Pugh, тем выше риск); тромбозом воротной вены (ВВ) у больных циррозом печени (ЦП) [9, 10]. Учитывая создавшуюся ситуацию, целью исследования явилось разработка классификации оценки интенсивности пищеводных кровотечений и создание оптимальной лечебной тактики. Клинический материал и результаты исследований. Нами проведен анализ результатов лечения 401 пациента с пищеводными кровотечениями на фоне ЦП, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2016 по 2023 годы. 187 больных составили контрольную группу, где предпринята традиционная лечебная тактика. В основную группу вошли 214 пациентов, которым выбор метода лечения зависел от локализации ВРВ и интенсивности кровотечения в зависимости от предложенной нами шкалы интенсивности геморрагии.

При поступлении больных в стационар, 149 пациентам выполнено диагностическая ЭГДФС с последующим определением дальнейшей лечебной тактики, а в 38 случаях, учитывая тяжесть состояния и факт наличия признаков ЦП и ПП, гемостатические

мероприятия начинали с временной остановки кровотечения тампонадой кровоточащих вен зондом Блекмора, промывания желудка холодной водой до «чистых вод» для контроля адекватности установления зонда и достижения гемостаза. В качестве первичного метода гемостаза у 64 больных выполнено установка зонда Блекмора. Если в течение 24-48 часов не отмечалось признаков кровотечения, давление в пищеводном и в желудочном баллоне зонда уменьшали с последующим полным удалением воздуха. Из них в 54 случаях после того, как зонд Блекмора был распущен, отмечено продолжение кровотечения. В связи с этим 5 пациентам выполнено склеротерапия, а в 49 наблюдениях произведено лигирование ВРВПЖ. Остальным больным зонд Блекмора был удален. 110 больным, при отсутствии явлений печеночной энцефалопатии и стабильной гемодинамике, гемостаз достигнут путем выполнения лигирования. Следует отметить, что при этом лигировано от 1 до 3 варикозных узлов. 9 пациентам первичный гемостаз достигнут посредством выполнения склеротерапии. В 4 случаях во время эндоскопического исследования диагностировано профузное кровотечение из области перехода пищевода в желудок и дна желудка. Учитывая невозможность выполнения эндоскопического гемостаза, в этих наблюдениях в экстренном порядке произведено хирургическое вмешательство - операция Пациора (табл.1).

Таблица 1.

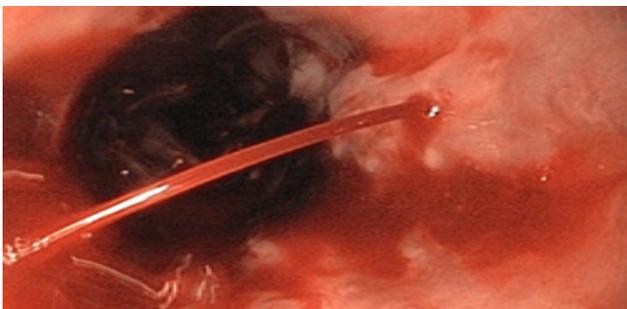
### Характер методов первичного гемостаза в контрольной группе.

№	Метод первичного гемостаза	Количество
1	Установка зонда Блекмора	10 (5,3%)
2	Установка зонда Блекмора с последующим лигированием ВРВ	49 (26,2%)
3	Установка зонда Блекмора с последующей склеротерапией	5 (2,7%)
4	Лигирование ВРВ	110 (58,8%)
5	Склеротерапия	9 (4,8%)
6	Открытое хирургическое вмешательство	4 (2,1%)
	Итого	187 (100%)

Первичный гемостаз был достигнут у 160 (85,6%) больных, рецидив кровотечения отмечено в 27 (14,4%) случаях, в 32 (17,1%) наблюдениях отмечен летальный исход. Проведенный анализ клинических данных контрольной группы показал, что неудовлетворительные результаты хирургического лечения пациентов с пищеводными кровотечениями

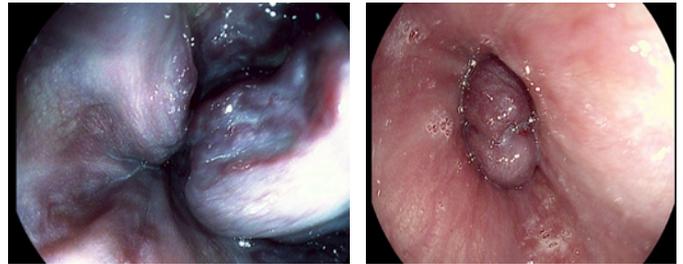
были связаны с некорректной оценкой источника кровотечения и ее интенсивности, что привело к неправильному выбору метода лечения. Учитывая вышеизложенное, нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ. При первой степени отмечается 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. Активное венозное кровотечение (1 степень).**



Тактика лечения при первой степени интенсивности кровотечения из ВРВ заключается в следующем: при GOV1 показано установка Блекмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24-48 часов (рис. 2); при GOV2 также необходимо установка Блекмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24-48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование (рис. 3); при IGV1 – целесообразно проведение ретроградного лигирования (рис. 4) или клеевой облитерации (рис. 5); при IGV2 – рационально проведение клеевой облитерации (рис. 6). Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

**Рис. 2. Лигирование ВРВ пищевода при GOV1.**



**Рис. 3. Ретроградное лигирование при GOV2.**



**Рис. 4. Ретроградное лигирование при IGV1.**



**Рис. 5. Клеевая облитерация ВРВ при IGV1.**

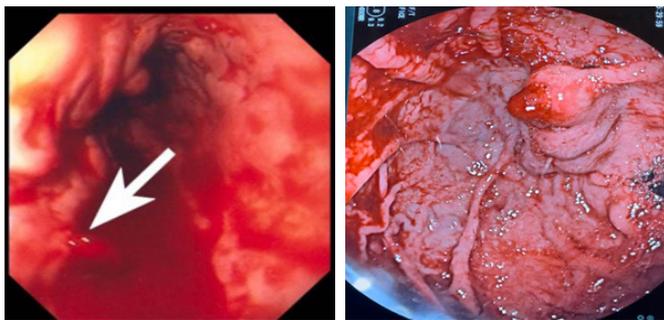


**Рис. 6. Клеевая облитерация ВРВ при IGV2.**



При второй степени отмечается просачивание крови или капельное кровотечение (рис. 7). Лечебные мероприятия при GOV1 заключается в выполнении склеротерапии (рис. 8) или лигирования (рис. 9) ВРВ пищевода; при GOV2 – склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградного лигирования (рис. 10); при IGV1 - проведения ретроградного лигирования; при IGV2 - выполнения клеевой облитерации или лигирования 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.

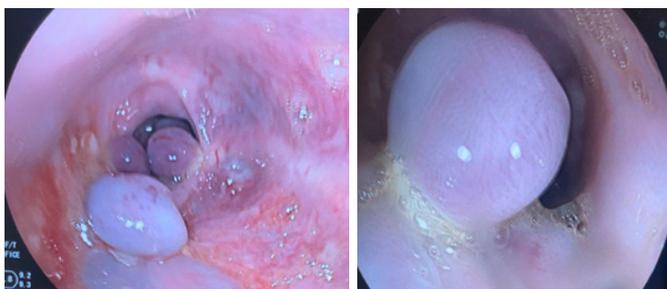
**Рис. 7. Просачивание крови или капельное кровотечение (2 степень).**



**Рис. 8. Выполнение склеротерапии ВРВ пищевода при GOV1.**



**Рис. 9. Выполнение лигирования ВРВ пищевода при GOV1.**



**Рис. 10. Ретроградное лигирование ВРВ при GOV2.**



При третьей степени ВРВ покрыта свежими тромбами или наблюдается симптом «спелой вишни», кровотечения нет (это отмечается у пациентов в течение суток после кровотечения) (рис. 11).

**Рис. 11. Симптом «спелой вишни» (3 степень).**



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 GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода (рис. 12); при GOV2 (рис. 13) также осуществляется лигирование ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка (рис. 14) – ретроградное лигирование; при IGV1 осуществляется ретроградное лигирование (рис. 15); при IGV2 проводится лигирования нейлоновыми лигатурами (рис. 16).

**Рис. 12. Лигирования ВРВ пищевода при GOV1.**

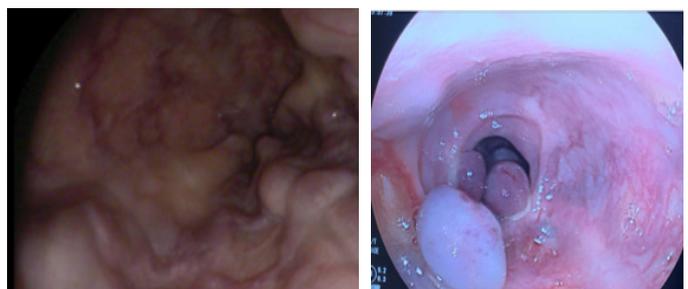


Рис 13. ВРВ пищевода при GOV2.



Рис 14. Распространение ВРВ в область дна желудка при GOV2.



Рис 15. Проведение ретроградного лигирования при IGV1

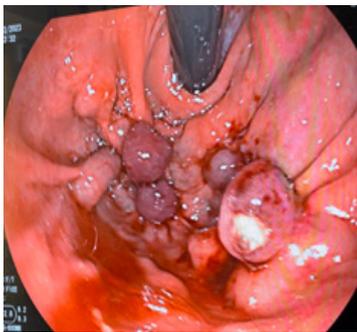
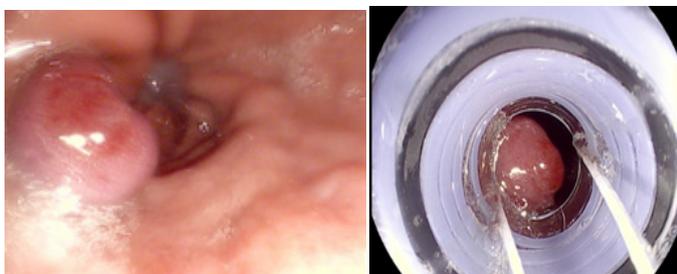


Рис 16. Проведение лигирования нейлоновыми лигатурами при IGV2.



При четвертой степени кровотечения не отмечается, имеются тромбоцитарно-фибриновые пробки, выступающие в просвет пищевода из ВРВ (симптом «белого соска») (появляется в течение 2-7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ) (рис. 17).

Рис. 17. Симптом «белого соска» (4 степень).



При данной степени лечебные мероприятия направлены на профилактику рецидива кровотечений и не требующей специальной подготовки типа установка зонда Блекмора, промывания зоны источника кровотечения. Объем эндоскопического вмешательства аналогичен предыдущей степени кровотечения: при GOV1 (рис. 18) необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 (рис. 19) – лигирование ВРВ пищевода, при распространение ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование (рис. 20); при IGV1 - проведение ретроградного лигирования; при IGV2 - проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Рис 18. ВРВ пищевода при GOV1.



Рис 19. ВРВ пищевода при GOV2.

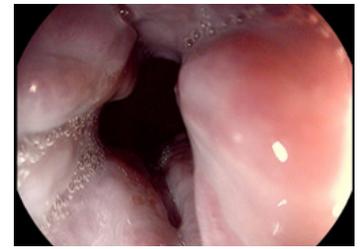


Рис 20. Ретроградное лигирование дна желудка ВРВ при GOV2



Клиническая эффективность предложенной системы оценки тяжести интенсивности кровотечения из ВРВ и дифференцированный подход к выбору метода гемостаза в зависимости от локализации источника была проведена на 214 больных основной группы. Учитывая тот факт, что на выбор способ первичного гемостаза влияет локализация ВРВ и тяжесть

кровотечения, в основной группе при поступлении для определения лечебной тактики всем пациентам в первые часы при поступлении выполняли ЭГДФС. В 12 случаях из-за тяжести состояния установлен зонд Блекмора и в течение первых 6 часов выполнено диагностическая эндоскопия. Выбор способ гемостаза зависил от интенсивности кровотечения и локализации ВРВ (табл. 2).

**Таблица 2.**  
**Распределение больных по интенсивности кровотечения и локализации источника.**

Показатели	GOV 1	GOV 2	IGV 1	IGV 2	Всего
1 степень	32 (15,0%)	9 (4,2%)	2 (0,9%)	1 (0,5%)	44 (20,6%)
2 степень	35 (16,4%)	7 (3,3%)	3 (1,4%)	0 (0%)	45 (21,0%)
3 степень	83 (38,8%)	22 (10,3%)	3 (1,4%)	1 (0,5%)	109 (50,9%)
4 степень	13 (6,1%)	2 (0,9%)	1 (0,5%)	0 (0%)	16 (7,5%)
Итого	163 (76,2%)	40 (18,7%)	9 (4,2%)	2 (0,5%)	214 (100%)

В зависимости от тяжести и источника кровотечения выбирали метод гемостаза. При 1 степени 32 больным произведено лигирование ВРВ, 4 - ретроградное лигирование, 7 - клеевая облитерация и в 1 наблюдении - операция Пациора по предложенной нами методике. Еще в 4 случаях (в 3 наблюдениях после лигирования, в 1 - после ретроградного лигирования) из-за неэффективности эндоскопического гемостаза выполнена операция Пациора. При 2 степени 34 пациентам выполнено лигирование ВРВ, 6 - ретроградное лигирование и 5 - склеротерапия. При 3 степени в 100 наблюдениях произведено лигирование ВРВ пищевода, в 8 - ретроградное лигирование и в 1 случае - лигирование нейлоновыми лигатурами. При 4 степени интенсивности кровотечения 14 больным осуществлено лигирование ВРВ пищевода, 2 пациентам произведено ретроградное лигирование (табл. 3). Дифференцированный подход к выбору метода остановки кровотечения из ВРВ позволил достичь первичного гемостаза в 92,5% (223 больных) наблюдениях, рецидив отмечен в 7,5% (18 пациентов) случаях, летальность составило 7,9% (19 случаев).

Таблица 3.

### Характеристика методов первичного гемостаза в основной группе.

Показатели	GOV 1	GOV 2	IGV 1	IGV 2
1 степень	Лигирование - 32	Ретроградное лигирование - 3; Клеевая облитерация - 5; Операция Пациора - 1	Ретроградное лигирование - 1; Клеевая облитерация - 1	Клеевая облитерация - 1
2 степень	Склеротерапия - 4; Лигирование - 31	Склеротерапия - 1; Лигирование - 3; Ретроградное лигирование - 3	Ретроградное лигирование - 3	
3 степень	Лигирование - 83	Лигирование - 17; Ретроградное лигирование - 5	Ретроградное лигирование - 3	Лигирование нейлоновыми лигатурами - 1
4 степень	Лигирование - 13	Лигирование - 1; Ретроградное лигирование - 1	Ретроградное лигирование - 1	

Дифференцированный подход к выбору метода остановки кровотечения из ВРВ позволил достичь первичного гемостаза в 92,5% (223 больных) наблюдениях, рецидив отмечен в 7,5% (18 пациентов) случаях, летальность составило 7,9% (19 случаев).

**Обсуждение результатов:** Кровотечение из ВРВ пищевода является завершающим звеном в цепочке осложнений ЦП. Летальность при первом эпизоде желудочно-кишечного кровотечения достигает 50%. На сегодняшний день из всех доступных методов диагностики и лечения эндоскопические исследования являются диагностическим методом и золотым стандартом как в выявлении ВРВ, так и в выборе лечебной тактики.

Согласно классификации К.Ж. Raquet (1995), по наличию эндоскопических признаков васкулопатий определяют вероятность развития кровотечения. Выделяют пятна "красной вишни", гематоцистные пятна, телеангиэктазии. Пятна "красной вишни" ("микровариксы", "вариксы на вариксах"; cherry red spots, CRS). Во время эндоскопии CRS визуализируются как незначительно выступающие, нередко множественные участки красного цвета до 2 мм, которые локализуются на вершинах ВРВ. Гематоцистные пятна (hemato-cystic spots, HCS) располагаются в зоне наличия коммуникантной вены, выглядят как единичные пузырьки красного цвета до 4-5 мм и являются частым местом развития профузного кровотечения.

В исследованиях Мартиросян Р.А. (2017) было научно обосновано, что при ВРВ более 5 мм высок риск развития кровотечения. Прогностически неблагоприятным признаком является наличие стигматов кровотечения. При наличии ВРВ 3 степени со стигматами частота кровотечения составляет 72,7%, тогда как появляются признаки васкулопатии этот показатель увеличивается до 80% [12]. В отличие от вышеприведенных исследований, где особое внимание уделяют прогнозированию кровотечения, в наших исследованиях в зависимости от интенсивности кровотечения были выделены 4 степени тяжести и предложена оптимальная схема лечебных мероприятий. На выбор метода гемостаза влияло и локализация источника кровотечения.

По данным Жигалова С.Б. (2018), помимо изолированных вен пищевода могут встречаться эзофагогастральные вены 1 и 2 типа, а также изолированные вены дна желудка и вены антрального отдела желудка и ДПК [13]. Предложенный нами дифференцированный подход к выбору метода гемостаза при кровотечении из ВРВ позволил повысить эффективность первичного гемостаза с  $85,6 \pm 2,6\%$  до  $92,5 \pm 1,7\%$  ( $t=2,264$ ), снизить частоту рецидивов кровотечения с  $14,4 \pm 2,6\%$  до  $7,5 \pm 1,7\%$  ( $t=2,264$ ), уменьшить показатель выполнения открытых хирургических вмешательств с  $8,0 \pm 2,0\%$  до  $2,1 \pm 0,9\%$  ( $t=2,835$ ) и сократить частоту летальности с  $17,1 \pm 2,8\%$  до  $7,9 \pm 1,7\%$  ( $t=2,718$ ). Таким образом, предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

**Выводы:** 1. Неотъемлемой частью для принятия решений о выборе метода гемостаза, который позволяет определить оптимальный лечебный алгоритм является оценка тяжести пищеводного кровотечения и топическая диагностика источника геморрагии.

2. Дифференцированный подход к выбору метода гемостаза при кровотечениях из ВРВ позволил снизить частоту рецидивов кровотечения в 1,9 раза, уменьшить показатель выполнения открытых хирургических вмешательств в 3,8

раза и сократить частоту летальности в 2,2 раза.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Алиева А.Р., Джафаров А.А. Современные методы лечения варикозно расширенных вен желудка у больных с портальной гипертензией // Известия Российской Военно-медицинской академии, 2022. – № 2. – С. 26–31.
2. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А. Сравнительный анализ эффективности различных способов профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени // Анналы хирургической гепатологии, 2022. – № 2. – С. 31–38.
3. Жигалова С.Б., Шерцингер А.Г., Семенова Т.С. Современный подход к проблеме эндоскопической диагностики и лечения варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Неотложная медицинская помощь, 2012. - № 3. - С. 21-24.
4. Шишин К.В., Бакулин И.Г., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А., Бабаян А.Ф. Роль лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в профилактике кровотечений портального генеза // Сборник материалов конференции VII Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии 2016». Настоящее и будущее эндоскопии. Санкт-Петербург, 24-25 март, 2016. - С. 73-76.
5. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber. Therapeutic Endoscopy Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract. Thieme Publishing Group. 2004. 220 pages.
6. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Жерлов Г.К. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. - Новосибирск: Наука, 2003. - 198 с.
7. Paul Calès, Frédéric Oberti, Brigitte Bernard-Chabert, Jean-Louis Payen. Evaluation of Baveno recommendations for grading esophageal varices // Journal of hepatology, 2003 – Vol. 39, Issue 4. – P. 658-659.
8. Cyriac Abby Philips, Amrisha Sahney. Oesophageal and gastric varices: historical aspects, classification and grading: everything in one place // Gastroenterology Report, 2016. – Vol. 4, Issue 3. - P. 186-195.
9. Bick B.I., Al-Haddad M., Liangpunsakul S., Ghabril M.S., DeWitt J.M. EUS-guided fine needle injection is superior to direct endoscopic injection of 2-octyl cyano-

acrylate for the treatment of gastric variceal bleeding // Surg Endosc., 2019. - № 6. – P. 1837-1845.

10. Karstensen J.G., Ebitbo A., Bhat P., Dinis-Ribeiro M., Gralnek I., Guy C. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline // Endoscopy International Open., 2020. - № 7. – P. 990-997.

11. Paquet K.J., Lasar A. Zum Stellenwert von Kollateralisations und Venensperroperationen bei der akuten Oesophagus varices blutung des Lebercirrhotikers // Ann. Surg., 1995. -№ 8. - P.408.

12. Мартиросян Р.А. Первичная профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: Автореф... дис. канд. мед. Наук. - Москва, 2017. - 24 с.

13. Жигалова С.Б., Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г., Фандеев Е.Е., Семенова Т.С., Коршунов И.Б., Мартиросян Р.А. Прогностические критерии кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией // Анналы хирургической гепатологии, 2018. - № 4. - С. 76-85.

**Информация об авторах:**

- © ХАКИМОВ М.Ш.- Ташкентская медицинская академия г. Ташкент. Узбекистан.  
© АШУРОВ Ш.Э.- Ташкентская медицинская академия г. Ташкент. Узбекистан.  
© КОДИРОВА Г.Р.- Ферганский медицинский институт общественного здоровья. г.Фергана. Узбекистан.

**Muallif haqida ma'lumot:**

- © HAKIMOV M.SH. - Toshkent tibbiyot Akademiyasi. Toshkent sh. O'zbekiston.  
© ASHUROV SH.E. - Toshkent tibbiyot Akademiyasi. Toshkent sh. O'zbekiston.  
© KODIROVA G.R. - Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg'ona sh. O'zbekiston.

**Information about the authors:**

- © KHAKIMOV M.SH. - Tashkent Medical Academy. Tashkent. Uzbekistan.  
© ASHUROV SH.E. - Tashkent Medical Academy. Tashkent. Uzbekistan.  
© KODIROVA G.R. - Fergana Medical Institute of Public Health. Fergana. Uzbekistan.