

## НОВЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА



Хаджибаев Абдухаким Муминович<sup>2</sup>, Рахимов Расул Ибргимович<sup>1</sup>,  
Махамдаминов Абдунаби Ганиевич<sup>2</sup>, Хашимов Миркамол Ахмеджанович<sup>1</sup>,  
Набиев Абдукаххор Абдужалилович<sup>2</sup>

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Центр развития повышения квалификации медицинских работников МЗ РУз,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

### ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ХАМРОХЛИГИ БЎЛГАН ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШДА ЯНГИ ЭНДОСКОПИК УСУЛНИ ҚўЛЛАШ

Хаджибаев Абдухаким Муминович<sup>2</sup>, Рахимов Расул Ибргимович<sup>1</sup>,  
Махамдаминов Абдунаби Ганиевич<sup>2</sup>, Хашимов Миркамол Ахмеджанович<sup>1</sup>,  
Набиев Абдукаххор Абдужалилович<sup>2</sup>

1 - Республика шошилинич тиббий ердан илмий макази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш;

2 - ЎзРесССВ Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,  
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### A NEW ENDOSCOPIC METHOD OF HEMOSTASIS OF ULCERATIVE BLEEDING COMBINED WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Khadjibaev Abdukhakim Muminovich<sup>2</sup>, Rakhimov Rasul Ibrhimovich<sup>1</sup>,  
Makhamadaminov Abdunabi Ganievich<sup>2</sup>, Khashimov Mirkamol Akhmedjanovich<sup>1</sup>,  
Nabiev Abdukakhhor Abdujalilovich<sup>2</sup>

1 - Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [nabiev.abdukakhkhar@mail.ru](mailto:nabiev.abdukakhkhar@mail.ru)

**Резюме.** Гастродуоденал яралардан қон кетиши ва хамрох юрак ишемик касаллиги билан беморларда қўлланиладиган анъанавий эндоскопик гемостаз усулларининг самарадорлиги амалий жаррохлик талабларига тўлиқ жавоб бермайди. Шу муносабат билан мақола муаллифлари томонидан ушбу холатларда қўлланиладиган янги эндоскопик гемостаз усули таклиф қилинган. Ушбу усул аутоплазма ва 40% глюкоза эритмасини 2:1 нисбатда эдоскопик муолажа вақтида яра атрофига (перидульцероз) киритишдан иборатдир.

**Калим сўзлар:** Гастродуоденал яралардан қон кетиши, юрак ишемик касаллиги, эндоскопик гемостаз.

**Abstract.** Traditional methods of endoscopic hemostasis in ulcerative gastroduodenal bleeding with coronary artery disease are insufficiently effective and are accompanied by a large number of bleeding recurrences. In this regard, the authors of the article have developed a new endoscopic method of hemostasis using autoplasm with a 40% glucose solution in a ratio of 2:1 for periulcerous administration, which is an effective, morphologically justified intervention. The developed method of endoscopic hemostasis is distinguished by its simplicity and safety of use and can be recommended for wide use in all clinical cases of ulcerative bleeding, especially in patients with IHD combined with coronary artery disease.

**Keywords:** endoscopic hemostasis, ulcerative gastroduodenal bleeding, coronary artery disease.

**Актуальность.** За последние годы в структуре острых хирургических заболеваний наметилась тенденция увеличения частоты язвенных га-

стродуоденальных кровотечений (ЯГДК). ЯГДК протекают особенно тяжело у больных с сочетанной патологией в виде ИБС в современной вер-

сии, включающие в себя нестабильную стенокардию, острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом и без подъема ST, а также острый инфаркт миокарда [1, 4, 7, 10, 14].

Надо отметить, что ИБС и язвенные кровотечения в отдельности занимают передовые места в структуре общей заболеваемости и смертности. В случаях же сочетанного развития этих нозологий наблюдается взаимоотношающее влияние одного патологического процесса на другой, что, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, обуславливает высокую летальность, составляющую от 37 до 70% [1, 5, 8, 9, 11, 15].

Литературные авторы подчеркивают, что в комплексе лечебных мероприятий язвенных кровотечений сочетающихся с ИБС ведущее место принадлежит эндоскопическим способам гемостаза, считающимся приоритетными в осуществлении гемостаза у столь тяжелого контингента больных. Современная эндоскопия обладает широким набором традиционных способов эндоскопического гемостаза (ЭГ), различных по своей физической природе, эффективности, доступности, безопасности, стоимости и т.п. [2, 6, 7, 13, 16].

Однако, к большому сожалению, до настоящего времени ни один из традиционных способов ЭГ полностью не отвечает требованиям практических врачей в плане эффективности достигаемого гемостаза.

Так, частота рецидивного кровотечения, при использовании таковых наиболее часто применяемых в экстренной эндоскопии традиционных методов гемостаза, какими являются диатермокоагуляция с обкалыванием вокруг кровоточащей язвы 70<sup>0</sup>-ным раствором спирта, составляет около 25% и более [3, 4, 6, 10, 12, 16].

Поэтому в настоящее время сохраняется актуальность вопросов дальнейшего совершенствования эндоскопических методов лечения больных ЯГДК с ИБС.

**Цель исследования.** разработка нового, морфологически обоснованного способа эндоскопического гемостаза язвенного кровотечения сочетающегося с ИБС, отличающегося простотой, доступностью и эффективностью.

**Материал и методы исследования.** Исследования были проведены у 54 с ЯГДК сочетанных с различными клиническими формами ишемические заболевания сердца (ИБС), наблюдавшихся нами в хирургических и кардиологических отделениях РНЦЭМП МЗ РУз. Мужчин было 43, женщин – 11. Средний возраст больных составлял 52,4 года.

Все больные поступили в клинику с язвенным кровотечением, у 38 было выявлено дуоденальная локализация язвы, у 15 – желудочная. Острые язвы определялись у 32, хронические – у 22 пациентов.

У всех обследованных больных ЯГДК сочеталась с различными клиническими формами ИБС. При этом они были представлены у 36 пациентов в виде стабильной стенокардии напряжения с ФК 2-3 го класса, у 15 больных ОКС с подъемом (6) и без подъема ST (9), а у 3 острого инфаркта миокарда.

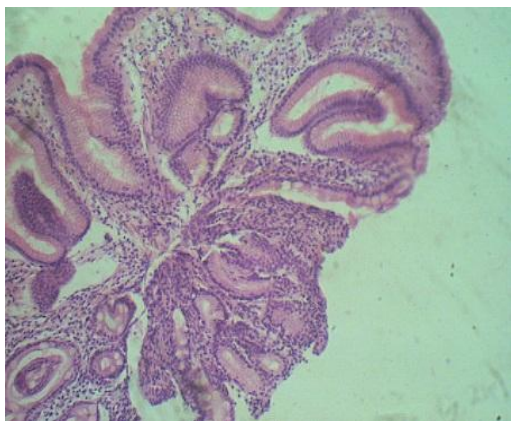
Во время проведения экстренной эндоскопии у всех больных устанавливалось наличие продолжающегося язвенного кровотечения по Форрест 1А (16) и 1В (38) случаях. В связи с этим больным проводились либо традиционные способы ЭГ, путем диатермокоагуляции (12), АПК (16), инфильтрации вокруг язвы 70<sup>0</sup> – ного раствора спирта (12), либо новый способ ЭГ с использованием предложенного нами смеси аутоплазмы с 40%-ным раствором глюкозы в соотношении 2:1 (14).

В последующем на 7-ые и 14 –ые сутки после гемостаза этим больным производили эндоскопическую биопсию, и полученный материал подвергали сравнительному морфологическому исследованию.

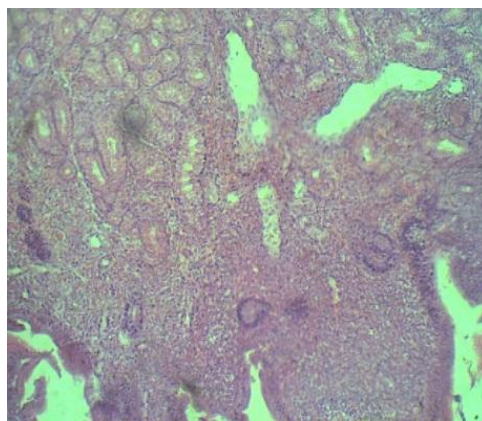
**Результаты и обсуждение.** При исследовании клеточного состава стромы периульцерозной зоны у обследованных больных после диатермокоагуляции и инфильтрации 70<sup>0</sup>-ным раствором спирта уже на третьи сутки имелись признаки воспалительных изменений с превалированием альтеративных и экссудативных их компонентов, которые усиливались на седьмые сутки. Это подтверждалось увеличением количества тучных клеток (2,6±0,1) и (4,4±0,1), макрофагов (1,0±0,05) и (1,9±0,1), а также сегментоядерных нейтрофилов (1,8±0,1) и (3,0±0,24). При этом они достоверно превышали таковые значения наблюдаемые в те же сроки АПК и аутоплазмы+40% раствора глюкозы (P< 0,05).

В более позднем периоде (через две недели) воспалительная реакция заканчивалась разрушениями клеток и некротическими изменениями тканей периульцерозной зоны, при отторжении которых из увеличенных в численности кровеносных сосудов и микроколлекторов данной зоны отмечалось арозивное, рецидивное кровотечение (рис. 1 и 2).

Совершенно другая морфологическая картина наблюдается при применении АПК и аутоплазмы+40% раствора глюкозы. Воспалительные изменения в клеточном составе стромы периульцерозной зоны в ранние сроки после эндоскопического гемостаза (на седьмые) в обоих случаях не выраженные (рис. 3 и 4).

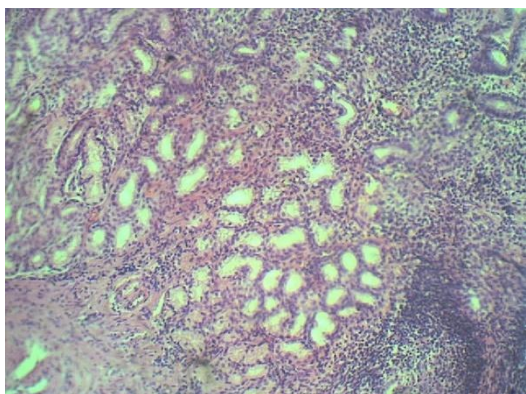


А.

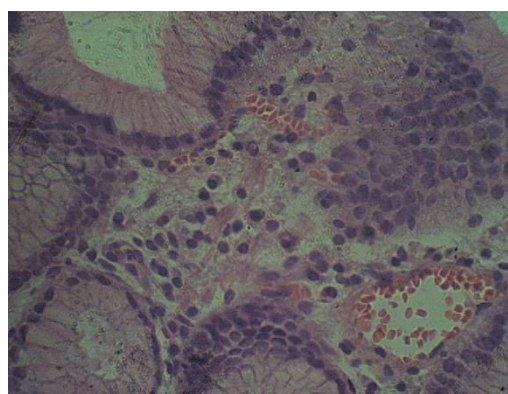


Б.

**Рис. 1.** Динамика морфологических изменений в язве и периульцерозной зоне после диатермокоагуляции: А. на седьмые, Б. на четырнадцатые сутки

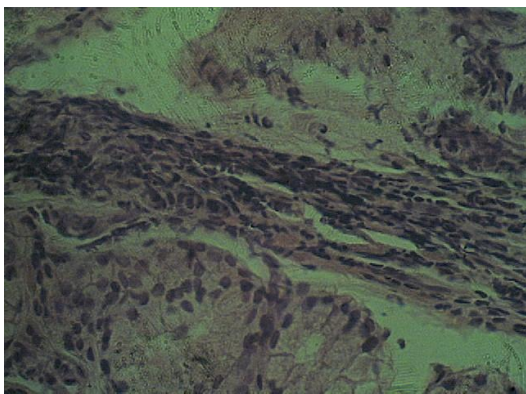


А.

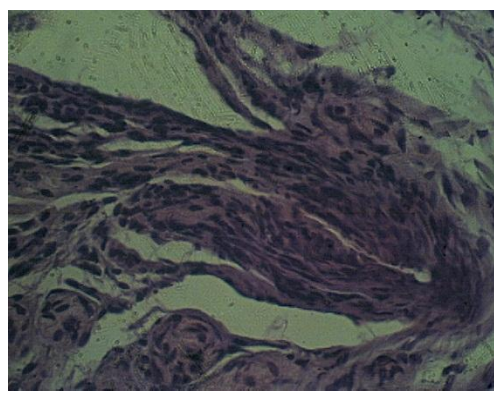


Б.

**Рис. 2.** Динамика морфологических изменений в язве и периульцерозной зоне после инфильтрации 70<sup>0</sup> -ным спиртом: А. на седьмые, Б. на четырнадцатые сутки



А.

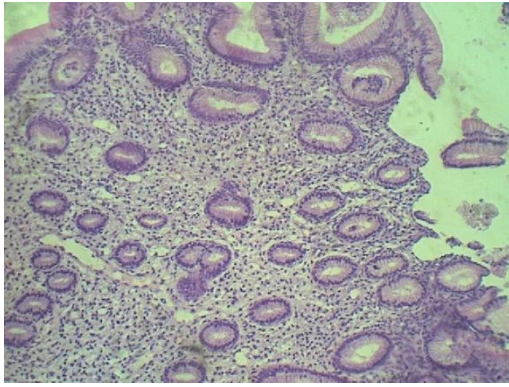


Б.

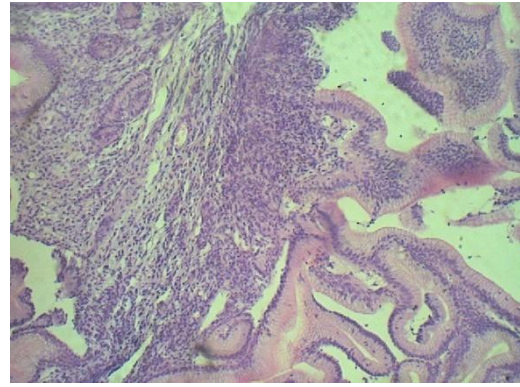
**Рис. 3.** Динамика морфологических изменений в язве и периульцерозной зоне после АПК: А. на третьи, В. на седьмые. Б. на четырнадцатые сутки

Однако в более поздний период (через две недели) гемостаза в клеточном составе стромы периульцерозной зоны у больных с АПК отмечались существенные сдвиги характерные для воспалительной реакции. В частности увеличивалось число тучных клеток ( $2,2 \pm 0,2$ ), макрофагов ( $1,4 \pm 0,08$ ), а также сегментоядерных нейтрофилов ( $2,1 \pm 0,16$ ). Причем они достоверно отличаются от таковых показателей наблюдаемых при эндоскопическом гемостазе, осуществленном с использованием аутоплазмы+40% раствора глюкозы ( $P <$

$0,05$ ). Вообще в морфологическом плане применение аутоплазмы+40% раствора глюкозы оказалось самым благоприятным. На фоне умеренно выраженных воспалительных изменений клеточного состава стромы периульцерозной зоны (седьмые сутки), в более поздние сроки отмечается развитие фибриноидной и грануляционной ткани, с уменьшением численности кровеносных сосудов и микроколлекторов данной зоны, что предотвращает наступление рецидивного кровотечения.



А.



Б.

**Рис. 4.** Динамика морфологических изменений в язве и периульцерозной зоне после инфильтрации аутоплазмы+40% раствора глюкозы: А. на седьмые, Б. на четырнадцатые сутки

В ходе проведенных клинических испытаний предлагаемого нового способа эндоскопического гемостаза ЯГДК мы пришли к убеждению, что он может быть применен во всех клинических случаях.

Однако, прежде всего, данный способ эндоскопического гемостаза приемлем у больных ЯГДК сочетающихся с тяжелыми формами ИБС и находящихся в реанимационных отделениях.

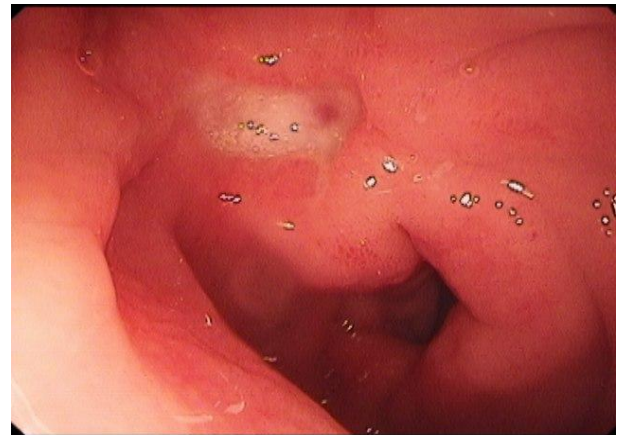
В качестве примера применения нового эндоскопического способа при ЯГДК с ИБС приводим следующий случай клинического наблюдения:

#### **Наблюдение 1.**

*Больная К.М., № ИБ 33312/2104, 68 лет поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту кофейной гущей, наличие черного стула, слабость, головокружение, разбитость, умеренные боли в груди. В анамнезе в течение 8 лет страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки. Данное кровотечение третье. Ранее лечилась стационарно, от предложенных плановых операций воздерживалась. Больная 2 года назад перенесла ОИМ, лечилась стационарно, на коронарографии были установлены 2 стента. В последующем принимала антиагрегантную терапию. За 4 часа до поступления появилась тошнота и рвота кофейной гущей. Состояние больной ухудшилось, в связи с этим больная обратилась в РНЦЭМП и была госпитализирована в отделение хирургической реанимации.*

*Общее состояние больной в момент поступления тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные. Сердце: тоны приглушены, пульс 116 уд. в мин. ритмичный, АД 80/60 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон. При перкуссии определяется легочной звук, при пальпации груди болезненности нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул дегтеобразный, мочеиспускание не нарушено. На ЭКГ отмечаются сдвиг сегмента ST с высоким положительным зубцом T, признаки повреждения миокарда.*

*Больной в экстренном порядке произведена ЭФГДС, на которой обнаружено наличие хронической язвы 12 перстной кишки. Последняя покрыта рыхлым, красным тромбом из-под которого просачивается кровь (рис. 5.).*



**Рис. 5.** Больная К.М., и/б № 33312/2104 ЭФГДС. Хроническая язва 12 перстной кишки. Осл. кровотечением по Форрест 1В.

*Анализ крови: гемоглобин – 55,0г/л, эритроциты – 2,2 млн., лейкоциты – 6,8 тыс. п/я - 5%, с/я - 62%, о/белок – 64г/л, билирубин общ. – 30,7 прямой – 15, диастаза крови - 26, ФБ «А» - 3,5 ммоль/л, гематокрит-26%. ПИТ - 86%.*

*Больной была произведена Эхо-КГ и установлено наличие участков гипокинезии с уменьшением сократительной способности миокарда, уменьшение ФВ до 39,24%, УО до 77 мл, увеличение КДО до 280 мл, КСО до 120,8 мл, ММЛЖ до 90 г, ИММЛЖ до 74 г.*

*При исследовании показателей КФК, ЛДГ и тропонина в крови отмечается умеренное их повышение.*

*Больной установлен диагноз: Хроническая язва 12 перстной кишки Осл. Кровотечением по Форрест 1В. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Дефицит ОЦК и ГО до 40%. Конкур: ИБС. ОКС без подъема ST.*

Больной на фоне инфузионной терапии проведена эндоскопическая остановка кровотечения новым способом (обкалывание вокруг язвы смесью из аутоплазмы+40% раствора глюкозы). Назначена усовершенствованная схема консервативной терапии с включением антигипоксантного препарата Тиворела и проведена гемотрансфузия. Состояние больного стабилизировалось.

На контрольной ЭГФДС: хроническая дуоденальная язва покрыта серым, фиксированным тромбом. В желудке следов крови нет (рис.6).



**Рис. 6.** Больная К.М., и/б № 33312/2104. Контрольная ЭГФДС. Хроническая язва 12 перстной кишки. Осл. кровотечением по Форрест 2В.

На ЭКГ и Эхо-КГ отмечается положительная динамика. На фоне проводимой схемы консервативной терапии состояние больной в динамике с улучшением. После консультации кардиологом больная для продолжения лечения была переведена в отделение кардиологии. В отделении кардиологии больной консервативная терапия была продолжена. В удовлетворительном состоянии на 14-ые сутки она была выписана на амбулаторное лечение по месту жительства.

Таким образом, основной причиной наших исследовательских стремлений по разработке нового эндоскопического способа остановки кровотечения у больных ЯГДК с сопутствующей ИБС явилась недостаточная эффективность традиционных эндоскопических способов гемостаза. При первичном применении традиционных методик всегда достигается гемостаз, однако через некоторое время у определенной части больных наступает рецидив кровотечения.

На основании морфологических исследований установлено, что причина подобных осложнений кроется в изменениях, происходящих в тканях расположенных в самой язве и вокруг нее под воздействием субстратов эндоскопического гемостаза. При этом в тканях происходят процессы воспаления с превалированием его альтернативного (некротического) компонента, что приводит отторжению некротических масс, углублению

и расширению язвенного дефекта, к аррозии сосудов и наступлению рецидивного кровотечения.

Учитывая все вышеприведенные данные при разработке нового эндоскопического способа гемостаза наш выбор в качестве субстрата эндоскопического гемостаза пал на аутоплазму в сочетании с 40% раствором глюкозы. Полученные результаты проведенных сравнительных морфологических исследований убедительно подтвердили, что предложенный нами вариант эндоскопического гемостаза является самым благоприятным.

#### **Выводы:**

1. Традиционные методы эндоскопического гемостаза при ЯГДК с ИБС являются недостаточно эффективными и сопровождаются большим числом рецидивов кровотечения.

2. Новый эндоскопический способ гемостаза с использованием для периульцерозного введения аутоплазмы с 40%-ным раствором глюкозы в соотношении 2:1 является эффективным, морфологически обоснованным вмешательством.

3. Данный способ ЭГ отличается своей простотой и безопасностью применения и может быть рекомендован для широкого применения во всех клинических случаях язвенного кровотечения, особенно у больных ЯГДК сочетающихся с ИБС.

#### **Литература:**

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: синдром взаимного отягощения (Клиническая иллюстрация) // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. - 2012. - № 3. - С.31-34.
2. Колобов С.В., Ярема И.В. Морфофункциональное состояние местного иммунитета при язвенной болезни. //Топ-медицина-2011. -№2. -с.23-26.
3. Королёв М. П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема экстренной хирургии // Вестник хирургии. -2011. -Т. 170, № 2. -С. 52-54.
4. Мандель И.А. Тактика прогнозирования и профилактики гастродуоденальных кровотечений в коронарной хирургии (клиническое исследование): Автореферат дисс. ... к.м.н. -Новосибирск, 2014, -25 с.
5. Осадчий В.А., Буканова Т.Ю., Немиров К.Е. Клинико-морфологические особенности гастродуоденальных эрозий и язв при застойной сердечной недостаточности, сочетающейся с ишемической болезнью сердца, и значение патофизиологических реакций в их развитии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2014. - № 6, -С.50-55
6. Садыков У.С., Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж. Роль эндоскопии в диагностике и лечении кровотечения из острых гастродуоденальных язв в клинической практике // Вестник Казахского Нацио-

нального медицинского университета. -2012. -№ 1. -С. 283-287

7. Сайфиддинова М.А., Рахимова М.Э., Разиков А.А. Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны (обзор литературы). // Биология и интегративная медицина 2016. -№ 6. -С.98-117

8. Ступин В.А. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2013, -№ 5. -С. 31-35.

9. Angel Lanas, Jean-Marc Dumonceau, Richard H. Hunt, Mitsuhiro Fujishiro, James M. Scheiman, Ian M. Gralnek, Helen E. Campbell, AlaaRostom, Cándid Villanueva & Joseph J. Y. Sung Non-variceal upper gastrointestinal bleeding // Nature Reviews Disease Primers volume 4, Article number: 18020 (2018)

10. Gralnek I.M. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 47, a1–a46 (2015).

11. Iwamoto J., Saito Y., Honda A., Matsuzaki Y. Clinical features of gastroduodenal injury associated with long-term low-dose aspirin therapy // World J Gastroenterol. -2013. -№19(11). - P.1673-1682.

12. KessarirThanapirom, WiriyapornRidtitid et al. Outcome of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Coronary Artery Disease: A Matched Case-control Study // Saudi J Gastroenterol. 2016 May-Jun; 22(3): 203–207.

13. Michał Mazurek Gregory Gastrointestinal Bleeding and Direct Oral Anticoagulants Amongst Patients With Atrial Fibrillation in the “Real World” // Gastroenterology. -2017, Volume 152, Issue 5, Pages 932–934

14. Tomishima K., Sato S., Amano N., Murata A., Tsuzura H., Sato S., Kanemitsu Y., Shimada Y., Iijima K., Genda T., Wada R., Nagahara A. A case of

ischemic gastroduodenal disease in a patient who was receiving hemodialysis treatment that was managed by conservative treatment. // Clin J Gastroenterol. 2018, V.11(5): P.386-390.

15. Rassaf T., Hamm C.W. Coronary heart disease - what is of importance after coronary intervention? // Dtsch Med Wochenschr. 2011, 136(5):190-3.

16. Uemura N, Sugano K, Hiraishi H, Shimada K, Goto S, Uchiyama S, et al. Risk factor profiles, drug usage, and prevalence of aspirin-associated gastroduodenal injuries among high-risk cardiovascular Japanese patients: The results from the MAGIC study. J Gastroenterol. - 2014. - №49. - P.14-24.

### **НОВЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г.,  
Хашимов М.А., Набиев А.А.*

**Резюме.** Традиционные методы эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях с ИБС являются недостаточно эффективными и сопровождаются большим числом рецидивов кровотечения. В связи с этим авторами статьи был разработан новый эндоскопический способ гемостаза с использованием для периульцерозного введения аутоплазмы с 40%-ным раствором глюкозы в соотношении 2:1 являющийся эффективным, морфологически обоснованным вмешательством. Разработанный способ эндоскопического гемостаза отличается своей простотой и безопасностью применения и может быть рекомендован для широкого применения во всех клинических случаях язвенного кровотечения, особенно у больных ЯГДК сочетающихся с ИБС.

**Ключевые слова:** эндоскопический гемостаз, ИБС, ЯГДК, язвенное кровотечение