



Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович, Бабаджанов Азам Хасанович, Джуманиязов Джавохир Азатбаевич
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени
акад. В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЯРАЛИ ҚОН КЕТИШ УЧУН ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗ НАТИЖАЛАРИ

Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович, Бабаджанов Азам Хасанович, Джуманиязов Джавохир Азатбаевич
“Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургик илмий-амалий тиббиёт
муассасаси”, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

RESULTS OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN ULCERATIVE BLEEDING

Ismailov Saidmurad Ibragimovich, Babadjanov Azam Hasanovich, Dzhumaniyazov Javokhir Azatbayevich
«Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after Academician V.
Vakhidov», Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [rscs @info.uz](mailto:rscs@info.uz)

Резюме. Мақолада ярали қон кетишида эндоскопик гемостазнинг сифати муҳокама қилинади. Янги технологияларни жорий этиши туфайли бирламчи эндогемостаз самарадорлигини сезиларли даражада ошириш, такрорий гемостазга бўлган эҳтиёжни камайтириш ва шунга мос равишда симптоматик хавф омиллари бўлган ва бўлмаган ҳолда асосий гуруҳдаги ётоқ кунларининг ўртача кўрсаткичини камайтириш мумкин бўлди. Ошқозон шиллиқ қавати ва ВПС яралари юзасида қон пўхтисининг эндоскопик лазер ретракциясидан фойдаланиш фониди ошқозон яраси нуқсонларининг янада аниқ тикланиши қайд этилди.

Калим сўзлар: ярали қон кетиш, лазер, шиллиқ қават, эндоскопик гемостаз.

Abstract. The article discusses the quality of endoscopic hemostasis in ulcerative bleeding. Thanks to the introduction of new technologies, it was possible to significantly increase the effectiveness of primary endohemostasis, reduce the need for repeated hemostasis, and accordingly reduce the average number of bed days in the main group both with and without symptomatic risk factors. Against the background of the use of endoscopic laser retraction of a blood clot on the surface of ulcers of the gastric mucosa and the duodenum, a more pronounced regeneration of ulcerative defects was noted.

Keywords: ulcerative bleeding, laser, mucosa, endoscopic hemostasis.

Актуальность: Эндоскопия с систематическим повторным лечением значительно снижает риск рецидива кровотечения, вызванного пептической язвой, по сравнению с контрольными пациентами, получающими выжидательную тактику, но существенно не снижает риск спасительной операции или смертности.

Считается, что в хирургическом лечении язвенных кровотечений необходим индивидуальный подход к выбору лечебной тактики [1, 2]. Необходима оценка общего состояния больного, включая все современные методы визуализации; применение современных технологий эндоскопии и интенсивной терапии для терапевтической коррекции гомеостаза [3, 5, 6].

Практически каждую декаду менялись мнения относительно терапии язвенных кровотечений и совершенствовалась хирургическая тактика варьируя от отрицания оперативного вмешательства до максимально радикальных взглядов. В 50-60 гг. большинство исследователей придерживались активной тактики, однако со временем к настоящему времени превалирует активно-выжидательная тактика лечения [8, 9, 10].

Появились новые варианты эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях [4, 7, 12, 13]. В последнее время эндоскопический гемостаз чаще упоминается как альтернативный метод, хотя ряд авторов считают, что он является широко доступным, быстро выполнимым и в то же время высоко инфор-

мативным. Чувствительность метода доходит до 97,8%. Большим преимуществом является то, что с помощью эндоскопии осуществляется не только диагностика, но и одномоментное устранение желудочно-кишечных кровотечений [7, 11, 14].

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности предложенных методов эндоскопического гемостаза при эрозивно-язвенных процессах желудка и двенадцатиперстной кишки

Материалы и методы. Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе. С учетом анамнестических данных результаты анализированы в распределенных подгруппах по следующим критериям: язвенный процесс в желудке или ДПК, осложненный кровотечением среди пациентов без лекарственных факторов риска и с симптоматическими (фармацевтическими) факторами.

В группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК без лекарственных факторов риска отмечен в 2 (5,0%) случаев при острой язве и в 3 (8,6%) случаев при хронической. В свою очередь, в основной группе рецидив кровотечения отмечен лишь в 1 (5,0%) случае при хронической язве ДПК. Еще большая разница отмечена в частоте рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК с симптоматическими факторами риска. Так, в группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза отмечен в 4 (16,7%) случаев при острой язве и в 5 (21,7%) случаев при хронической. В свою очередь, в основной группе рецидив кровотечения отмечен лишь в 1 (5,0%) случае при острой язве ДПК. Причем, рецидивы кровотечения независимо от группы отмечены чаще при легких степенях Ф-Ia и Ф-Iб. При Ф-IIб степени кровотечения рецидивы не отмечены.

Схожая картина наблюдается при анализе групп ЯБЖ без лекарственных факторов риска. В группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ без лекарственных факторов риска отмечен в 2 (11,8%) случаев при острой язве и в 1 (7,1%) случаев при хронической. В основной же группе рецидивов кровотечения не отмечено.

Частота рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ с симптоматическими факторами риска выше в группе сравнения и отмечена в 4 (12,9%) случаев при острой язве и в 4 (20,0%) случаев при хронической. В свою очередь, в основной группе рецидив кровотечения отмечен лишь в 1 (5,0%) случае при хронической язве ЯБЖ. В данной когорте рецидивы чаще отмечены при Ф-IIa и Ф-Iб степенях.

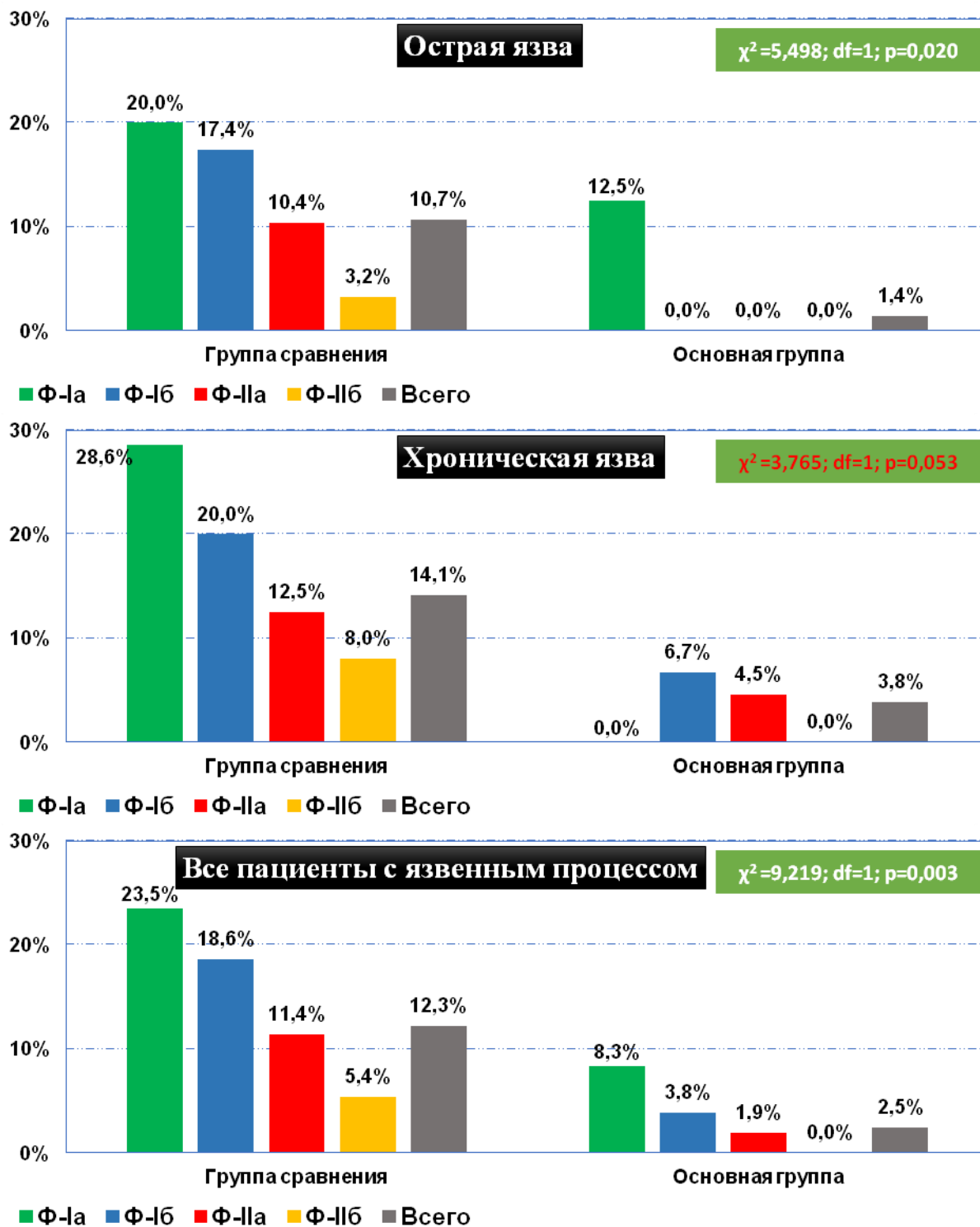
Соответственно, при анализе сводной частоты рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза становится очевидным (рис. 1), что при острой язве в основной группе за счет применения нового метода лечения удалось значительно снизить частоту рецидивов кровотечения при всех степенях ЖКК, суммарно с 10,7% до 1,4% ($\chi^2 = 5,498$; $df=1$; $p=0,020$). При хронической язве картина аналогичная, частота рецидивов в группе сравнения составила в итоге 14,1%, в основной же группе – 3,8% ($\chi^2 = 3,765$; $df=1$; $p=0,053$).

Если суммировать все язвы, то следует констатировать тот факт, что благодаря применению новых технологий в основной группе удалось снизить количество рецидивов ЖКК с 12,3% до 2,5%, что почти в 5 раз ниже ($\chi^2 = 9,219$; $df=1$; $p=0,003$).

Проведен также сравнительный анализ частоты рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза в зависимости от различных факторов. При анализе малых выборок достоверной разницы не всегда удается получить, но практически во всех подгруппах отмечено снижение частоты рецидива ЖКК. Особенно это заметно, при отсутствии рецидива ЖКК в основной группе при острой язве желудка.

Если анализировать частоту рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза в зависимости от тяжести по Forrest (1974), то становится очевидным, что наибольшая разница отмечена в группе сравнения у больных с Ф-Ia и Ф-Iб степенью ЖКК с симптоматическими факторами риска ($\chi^2 = 4,305$; $df=1$; $p=0,039$). В целом, если взять всех пациентов, то при Ф-Ia и Ф-Iб степени ЖКК удалось сократить частоту рецидивов с 20,0% в группе сравнения до 5,3% в основной группе ($\chi^2 = 4,126$; $df=1$; $p=0,043$). При Ф-IIa и Ф-IIб степени ЖКК частота рецидивов кровотечения уменьшилась с 9,0% в группе сравнения до 1,2% в основной группе ($\chi^2 = 5,568$; $df=1$; $p=0,019$). Уменьшение рецидивов кровотечения в 4-7 раз значительно улучшает результаты лечения пациентов, сокращает сроки реабилитации (рис. 2).

Как уже было указано выше, наибольшая разница отмечена при терапии пациентов с симптоматическими факторами риска (рис. 3). Анализ сводной частоты рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза показывает, что в вышеуказанной группе рецидивы уменьшены с 17,3% в группе сравнения до 3,6% в основной группе ($\chi^2 = 6,253$; $df=1$; $p=0,013$). Если взять всех пациентов, независимо от наличия факторов риска, то в основной группе количество рецидивов сократилось с 12,3% до 2,5% ($\chi^2 = 9,219$; $df=1$; $p=0,003$).



Примечание: χ^2 указан к общему показателю по группам

Рис. 1. Сводная частота рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза

При сравнении эффективности первичного и вторичного эндоскопического гемостаза в зависимости от наличия лекарственных факторов риска оказалось, что несмотря на то, что в основной группе даже без лекарственных факторов риска, потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла всего 1,5% против 7,5% в группе сравнения, при наличии симптоматических факторов риска эта разница была еще более ощутимой и уже достоверной (рис. 4). Так, в группе сравнения повторный эндогемостаз пона-

добился в 12 (12,2%) случаях, тогда как в основной группе у 1 (1,8%) пациента, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 5 (5,1%) случаях в группе сравнения и лишь в 1 (1,8%) случаев в основной группе ($\chi^2=6,396; df=2; p=0,041$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 118 (97,5%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 179 (87,7%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=9,234; df=2; p=0,010$).

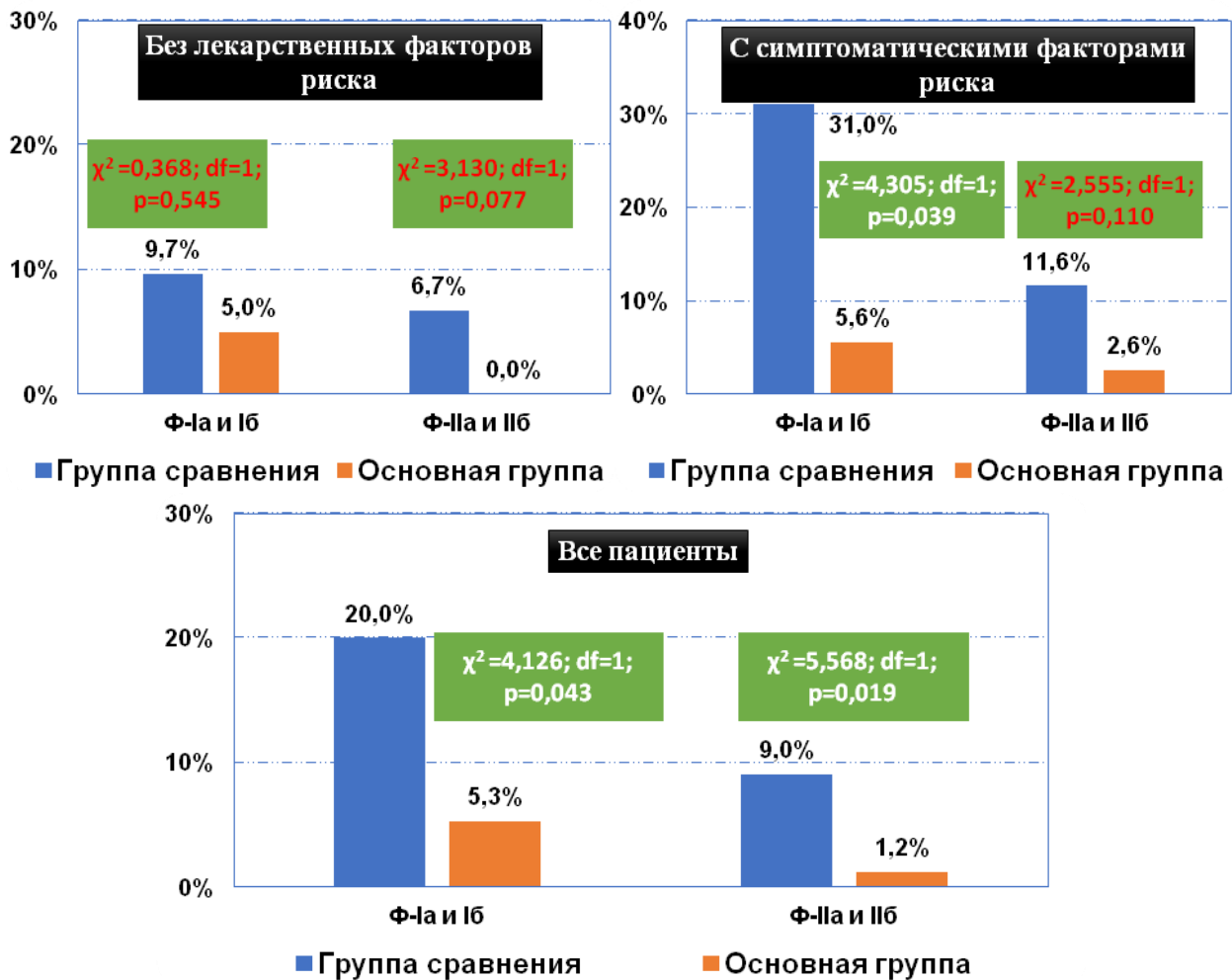


Рис. 2. Частота рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза в зависимости от тяжести по Forrest (1974)

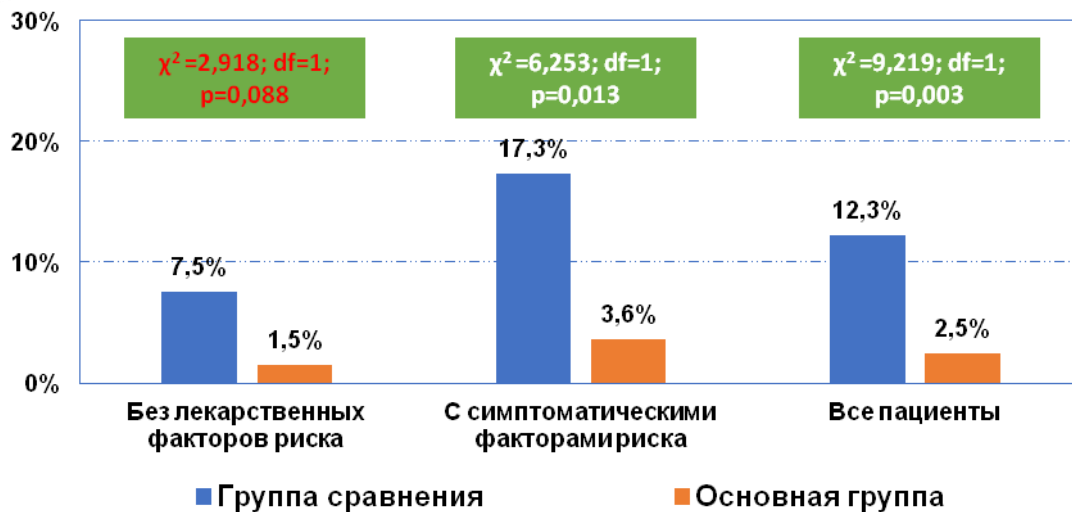


Рис. 3. Сводная частота рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК выявлено (рис. 5): в основной группе без лекарственных факторов риска, потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла 2,3% против 6,6% в группе сравнения, при наличии симптоматических факторов риска эта разница

была более ощутимой, так, в группе сравнения повторный эндоскопический гемостаз понадобился в 6 (12,8%) случаях, тогда как в основной группе таковых не было, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 3 (6,4%) случаях в группе сравнения и в 1 (3,8%) случаев в основной группе ($\chi^2=3,970$; $df=2$; $p=0,138$).

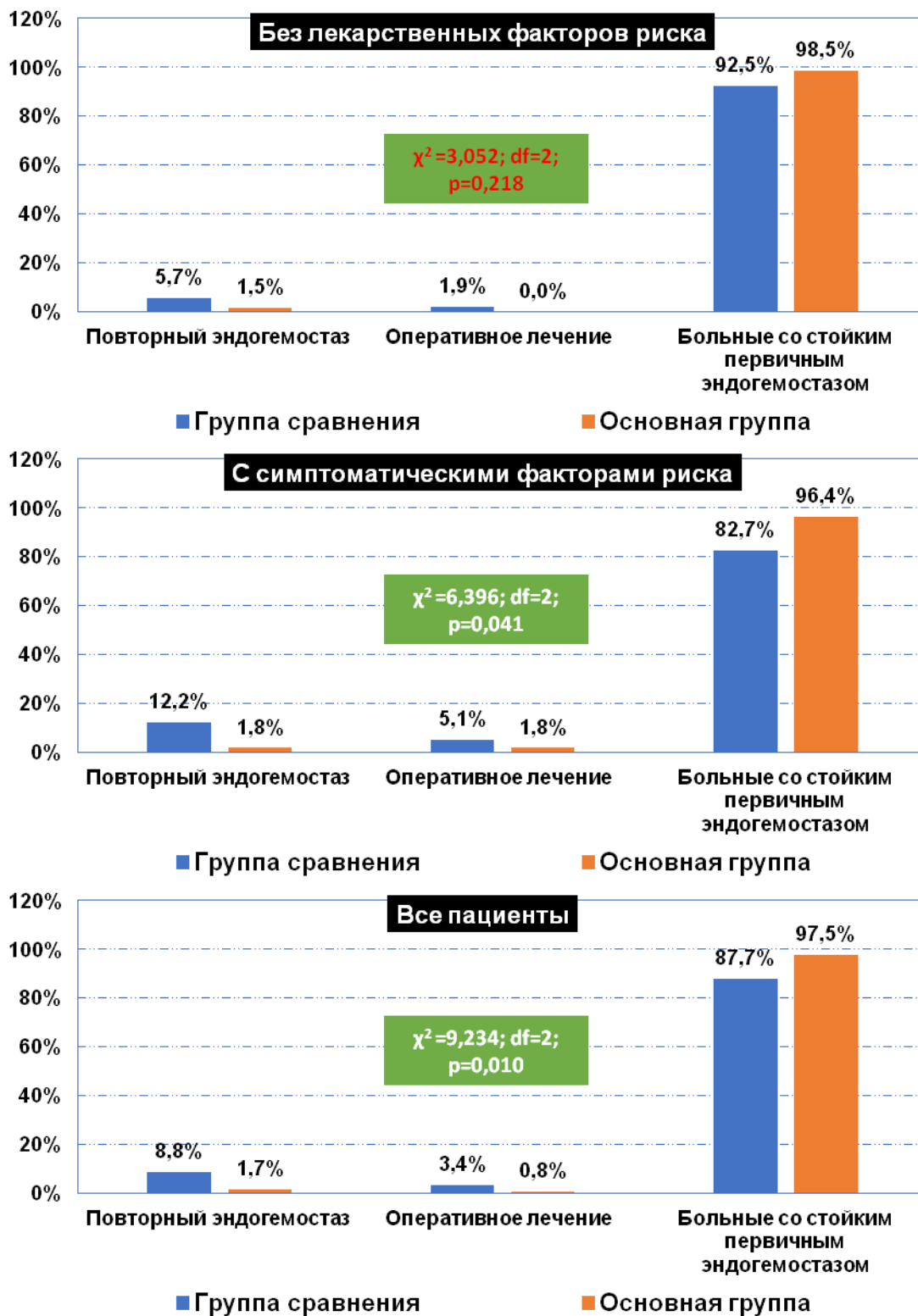


Рис. 4. Сравнительная доля эффективности первичного и вторичного эндоскопического гемостаза в зависимости от наличия лекарственных факторов риска

Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 68 (97,1%) случаев удалось избежать повторного эндоскопического гемостаза и оперативного лечения против 108 (88,5%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,501; df=2; p=0,106$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ

разница между группами еще более ощутимая (рис. 6): в группе сравнения без лекарственных факторов риска потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла 9,7%, тогда как в основной группе 100% больных были со стойким первичным эндоскопическим гемостазом ($\chi^2=2,157; df=2; p=0,341$).

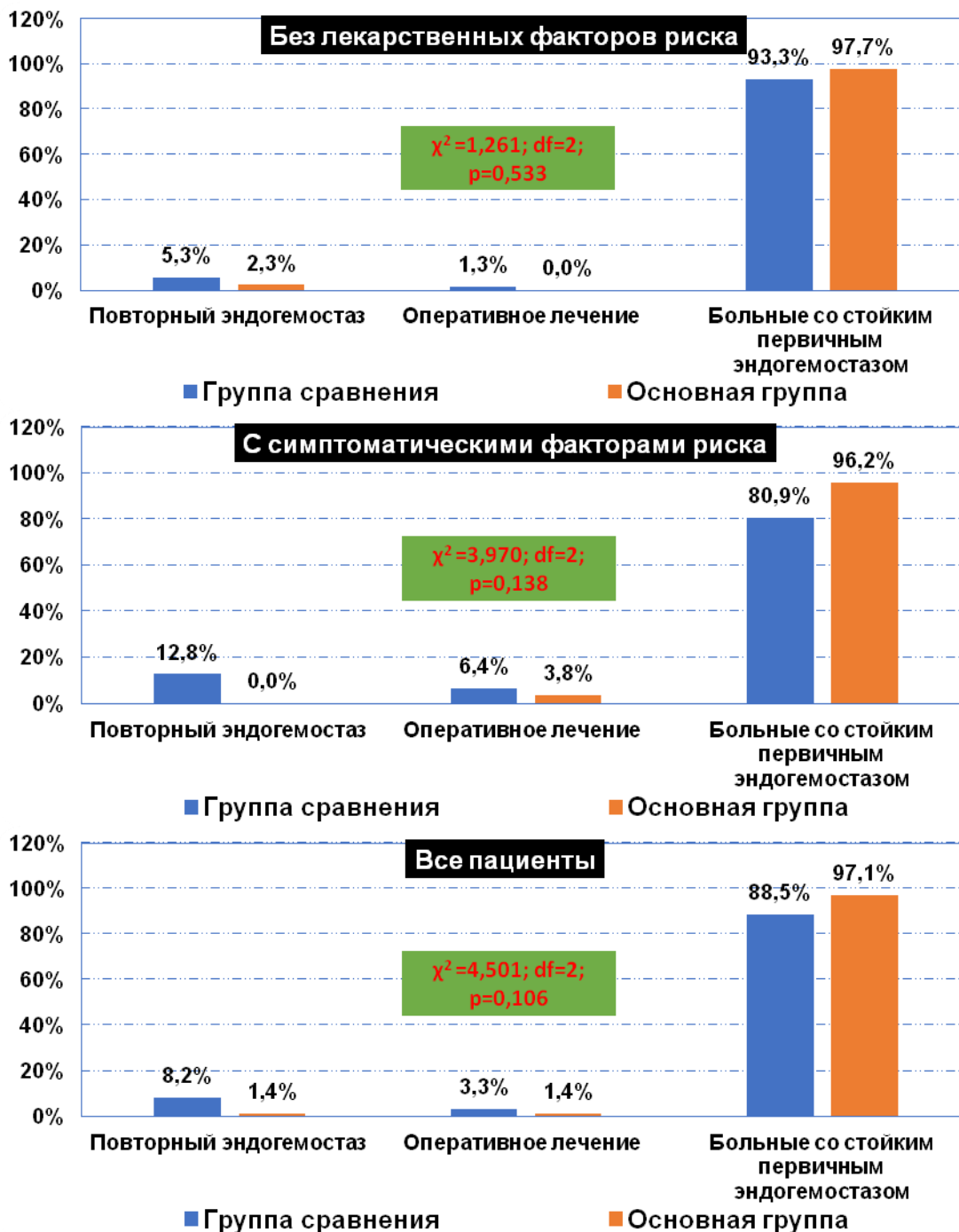


Рис. 5. Сравнительная доля эффективности эндоскопического гемостаза в группе с ЯБДПК

При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения повторный эндоскопический гемостаз понадобился в 6 (11,8%) случаях, тогда как в основной группе лишь у 1 (3,3%) пациента, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 2 (3,9%) случаях в группе сравнения, а в основной группе это не понадобилось ($\chi^2=3,055; df=2; p=0,218$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 50 (98,0%) случаях удалось избежать повторного эндоскопического гемостаза и оперативного лечения против 71 (86,6%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,143; df=2; p=0,077$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-

Ia и Ib достоверной разницы между группами не отмечено, это можно объяснить малой выборкой. Но, в группе сравнения без лекарственных факторов риска потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла 16,1%, тогда как в основной группе лишь 5% ($\chi^2=2,873; df=2; p=0,238$). При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения повторный эндоскопический гемостаз понадобился в 3 (10,3%) случаях, в основной группе - 0%, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 4 (13,8%) случаях в группе сравнения, а в основной группе лишь в 1 (5,6%) случае ($\chi^2=3,033; df=2; p=0,220$).

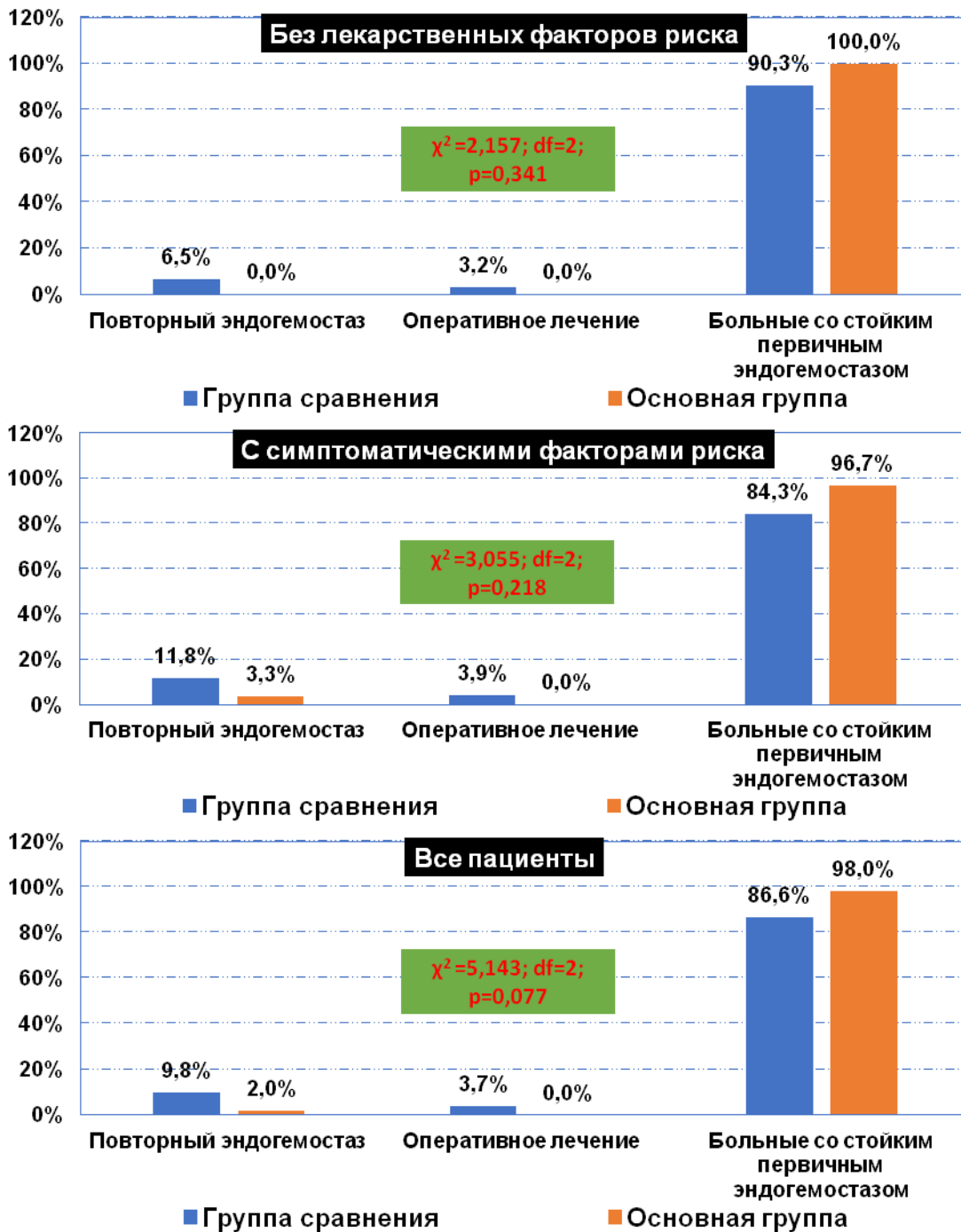


Рис. 6. Сравнительная доля эффективности эндоскопического гемостаза в группе с ЯБЖ

Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 36 (94,7%) случаев удалось избежать повторного эндоскопического гемостаза и оперативного лечения против 48 (80,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,151; df=2; p=0,126$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-Па и Пб отмечается картина, аналогичная предыдущей, достоверной разницы между группами не отмечено. Также, в группе сравнения без лекарственных факторов риска потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла 4,0%, тогда как в основной группе они не понадо-

бились ($\chi^2=1,846; df=2; p=0,398$). При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения повторный эндоскопический гемостаз понадобился в 9 (13,0%) случаев, в основной группе – 1 (2,6%), прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 1 (1,4%) случае в группе сравнения, а в основной группе никто не подвергался хирургическим вмешательствам ($\chi^2=3,777; df=2; p=0,152$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 82 (98,8%) случаев удалось избежать повторного эндоскопического гемостаза и оперативного лечения против 131 (91,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,619; df=2; p=0,061$).

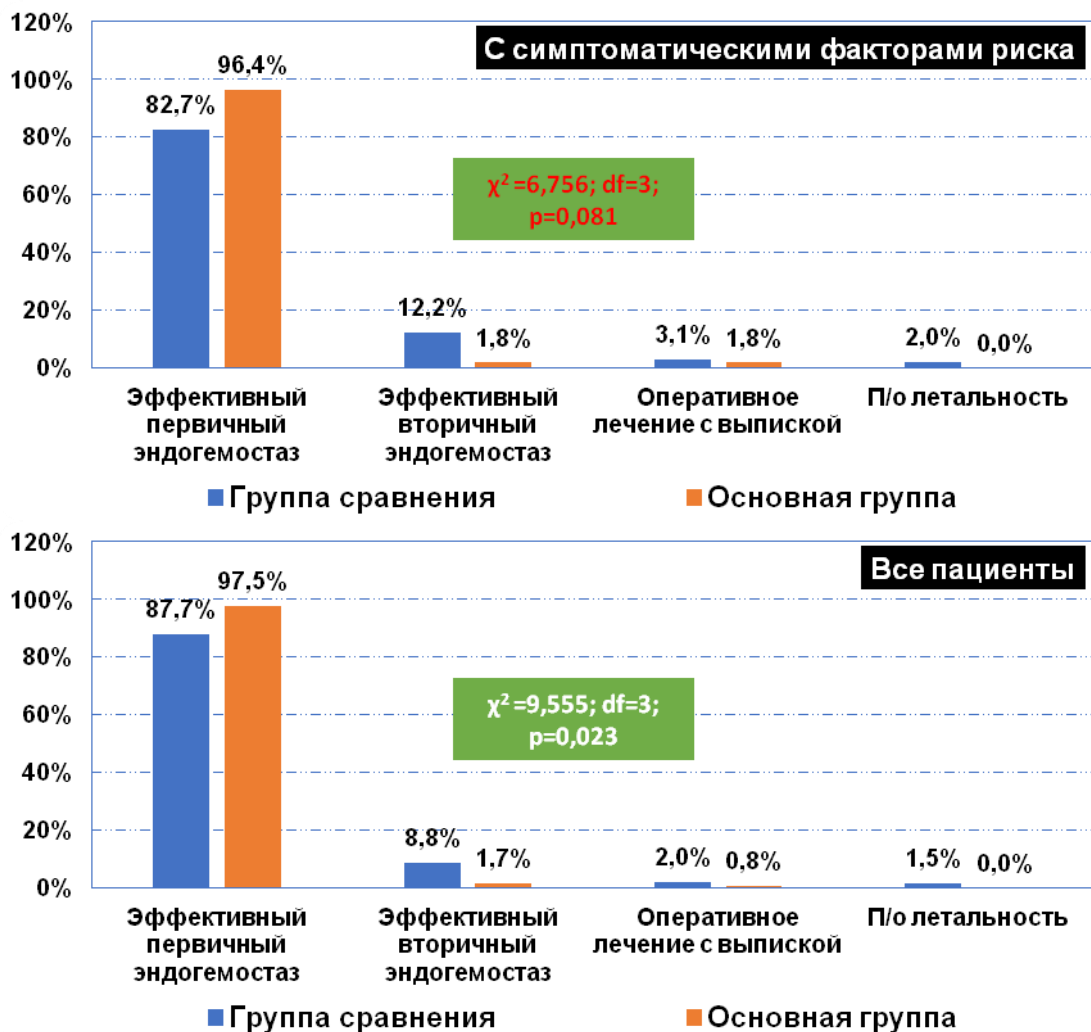


Рис. 7. Сравнительные результаты эффективности эндоскопического гемостаза

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза у всех больных в основной группе отмечено достоверное повышение эффективности в основной группе за счет применения лазерной фотокоагуляции (рис. 7). В группе сравнения без лекарственных факторов риска эффективность первичного гемостаза составила 92,5%, в основной группе до 98,5%, летальность составила 1 (0,9%), в основной группе летальности не было ($\chi^2=3,052; df=3; p=0,384$).

При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения эффективность первичного эндогемостаза составила 81 (82,7%) случаев, в основной группе – 54 (96,4%), летальность в группе сравнения составила 2 (2,0%), в основной группе летальности также не отмечено ($\chi^2=6,756; df=3; p=0,081$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в группе сравнения эффективность первичного эндогемостаза составила 179 (87,7%) случаев, в основной группе – 118 (97,5%), летальность в группе сравнения составила 3 (1,5%), в основной группе летальности не отмечено ($\chi^2=9,555; df=3; p=0,023$).

Повторное эндоскопическое исследование было выполнено 92 пациентам в группе сравнения и 59 больным в основной группе. Исследование в динамике осуществлялось на 4-5 сутки после эндоскопического гемостаза. Следует еще раз отметить, что во всех случаях в обеих группах консервативная терапия была одинаковой.

Сравнительная динамика по сокращению диаметра язвенного дефекта показывает схожие размеры язвы в начале лечения 1,54/1,56 см ($t=0,26; p>0,05$) и более выраженное уменьшение в диаметре в основной группе в динамике 1,24/0,97 см ($t=3,43; p<0,05$). При раздельном анализе по наличию лекарственных факторов риска разница также очевидна (рис. 8): в подгруппе без лекарственных факторов риска до лечения 1,50/1,55 см ($t=0,53; p>0,05$) и выраженное уменьшение в диаметре в основной группе в динамике 1,19/0,94 см ($t=2,36; p<0,05$); при наличии симптоматических факторов риска до лечения 1,59/1,57 см ($t=0,16; p>0,05$) и выраженное уменьшение в диаметре в основной группе в динамике 1,29/1,00 см ($t=2,45; p<0,05$).

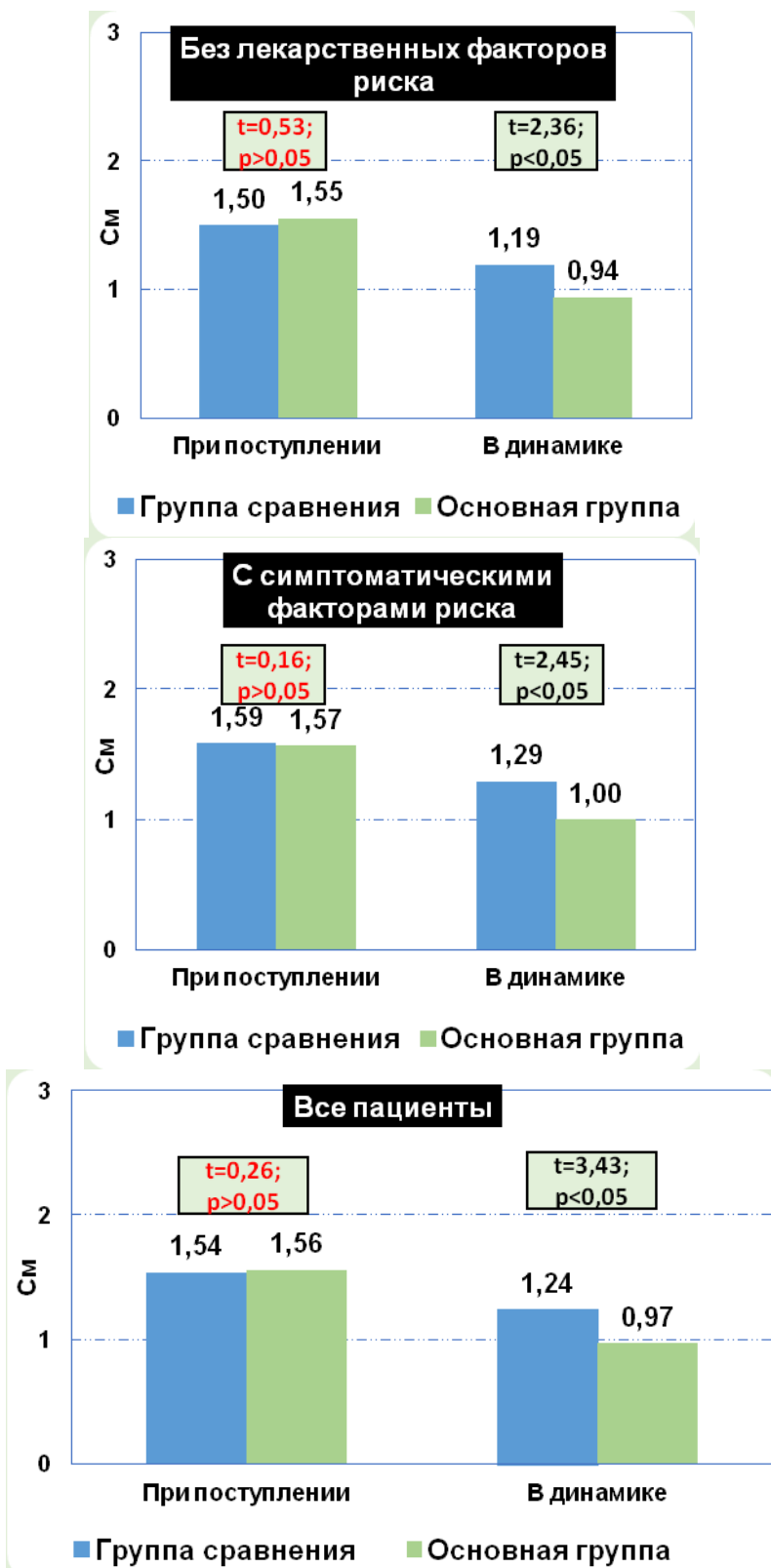


Рис. 8. Сравнительная динамика по сокращению диаметра язвенного дефекта (см; $M \pm \sigma$) между группами

Выводы: Таким образом, предложенный способ эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК (при кровотечениях типа Ф-Ia-б и Па-б) обеспечивает хороший гемостатический эффект, позволяет снизить частоту рецидива кровотечения в группе с отсутствием лекарственных факторов риска с 7,5% (у 8 из 106 пациентов в группе сравнения) до 1,5% (у 1 из 65 пациентов в основной группе), в группе с

симптоматическими язвами с 17,3% (у 17 из 98 пациентов в группе сравнения) до 3,6% (у 2 из 56 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=6,253; df=1; p=0,013$) и в целом по всей выборке с 12,3% (у 25 из 204 пациентов в группе сравнения) до 2,5% (у 3 из 121 пациента в основной группе; критерий $\chi^2=9,219; df=1; p=0,003$). В зависимости от тяжести кровотечения эффективность первичного эндоскопического гемостаза в группе с Ф-Ia и Ib увеличилась с 80,0% (у 48 из 60 пациентов в группе сравнения) до 94,7% (у 36 из 38 пациентов в основной группе), в группе с Ф-IIa и IIб с 91,0% (у 131 из 144 пациентов в группе сравнения) до 98,8% (у 82 из 83 пациентов в основной группе). В целом частота эффективного первичного эндогемостаза возросла с 87,7% (у 179 из 204 пациентов в группе сравнения) до 97,5% (у 118 из 121 пациента в основной группе), вторичный гемостаз был достигнут в 8,8% (18 пациентов) и 1,7% (2 пациента) соответственно, доля оперативного лечения сократилась с 3,4% (7 пациентов) до 0,8% (1 пациент; критерий $\chi^2=9,234; df=2; p=0,010$). На фоне применения предложенного способа отмечена более выраженная регенерация язвенных дефектов, так в группе сравнения в динамике на 4-5 сутки после эндогемостаза диаметр язв сократился с $1,54 \pm 0,44$ см до $1,24 \pm 0,45$ см, тогда как в основной группе с $1,56 \pm 0,47$ см до $0,97 \pm 0,49$ см ($t=3,43; p<0,05$). Достигнутая эффективность эндоскопического гемостаза позволила в целом сократить и количество госпитальных койко-дней, в частности, при кровотечениях с отсутствием лекарственного фактора риска этот показатель снизился с $5,5 \pm 1,1$ суток до $4,4 \pm 0,8$ суток ($t=7,52; p<0,05$), при наличии симптоматических факторов с $6,1 \pm 1,5$ суток до $4,8 \pm 1,3$ суток ($t=5,40; p<0,05$) и среди всей выборки с $5,8 \pm 1,3$ суток до $4,6 \pm 1,1$ суток ($t=8,74; p<0,05$).

Литература:

1. Алиев С.А., Хидырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии// Хирургия, 2010, №2. С. 30-36.
2. Ананко А.А. Тактика диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений на современном этапе (обзор западной литературы)// Укр. медиц. часопис, №6 (56)-XI / XII 2006, 55-60 с.
3. Багненко С.Ф., Синиченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике// Вестник хирургии, 2007, 4, 71-75.
4. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей. СПб Политехника 2004; 242.
5. Возгомент А.О., Репин В.Н., Костылев Л.М. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Всеросс. конф. хирургов "Современные проблемы экстренной и плановой хирургии. Лечение больных ЯБЖ и ДПК". Матер. конф. – Саратов, 2003, с. 102.
6. Калиш Ю.И., Юлдашев Р.Ш., Озоралиев Г.Б. Тактика и хирургическое лечение атипичных язв желудка, осложненных кровотечением// Хирургия Узбекистана. - 2002. - № 4. - С. 24-27.
7. Короткевич А.Г., Антонов Ю.А., Лобыкин Ф.И., Кузнецов В.В. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении. Эндоскоп хир 2004; 4: 41-44.
8. Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф. Обоснование гастродуоденоанастомоза с экономной резекцией желудка в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // МНС. 2014. №1 (56).
9. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажанов Б.Р., Гафуров У.А. Хирургическая тактика при дуоденальных кровотечениях язвенного генеза // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2015. №3. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskaya-taktika-pri-duodenalnyh-krovotечeniyah-yazvennogo-geneza>.

10. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Юдин О.И. Эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. Тезисы докладов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии М 2005; 250-252.
11. Huang S.C., Sheu B.S., Lee S.C. et al. Etiology and treatment of childhood peptic ulcer disease in Taiwan: a single center 9-year experience. J Formos Med Assoc 2010; 109(1): 75-81.
12. Loffroy R., et al. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. Cardiovasc Intervent Radiol 2010; 33(6): 1088-1100.
13. Wang H.M., Hsu P.I., Lo G.H. et al. Comparison of hemostatic efficacy for argon plasma coagulation and distilled water injection in treating high-risk bleeding ulcers. J Clin Gastroenterol 2009; 43(10): 941-945.
14. Zhang R., Shen B.B., Qian J.M. The clinical characteristics of etiologies, diagnoses and treatment of emergency gastrointestinal hemorrhage. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 2010; 49(1): 38-41.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Исмаилов С.И., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А.

Резюме. В статье обсуждается качество эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях. Благодаря внедрению новых технологий удалось значительно увеличить эффективность первичного эндогемостаза, снизить необходимость в повторном гемостазе, соответственно уменьшить средний показатель койко-дней в основной группе как с симптоматическими факторами риска, так и без них. На фоне применения эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК отмечена более выраженная регенерация язвенных дефектов.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, лазер, слизистая, эндоскопический гемостаз.