

**Сравнительные результаты эндоскопического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением**

**Бабаджанов А.Х**

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

**Садыков Р.А**

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

**Джуманиязов Д.А.**

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

**Аннотация.** В хирургическом лечении язвенных кровотечений необходим индивидуальный подход к выбору лечебной тактики. Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе. 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 с 12,3% (у 25 из 204 пациентов в группе сравнения) до 2,5% (у 3 из 121 пациента в основной группе; критерий  $\chi^2=9,219$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ).

**Ключевые слова:** кровотечение; эндогемостаз; лазерная фотокоагуляция.

В хирургическом лечении язвенных кровотечений необходим индивидуальный подход к выбору лечебной тактики. В последнее время эндоскопический гемостаз чаще упоминается как альтернативный метод, хотя ряд авторов считают, что он является широкодоступным, быстро выполнимым и в то же время высоко информативным. Большим преимуществом является то, что с помощью эндоскопии осуществляется не только диагностика, но и одномоментное устранение желудочно-кишечных кровотечений.

Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе.

При анализе сводной частоты рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза становится очевидным, 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 ( $\chi^2 = 9,219$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ).

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.

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. Так, в группе сравнения повторный эндогемостаз понадобился в 12 (12,2%) случаев, 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 ( $\chi^2 = 9,234$ ;  $df=2$ ;  $p=0,010$ ).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-Ia и Iб, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 36 (94,7%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза 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, в основной группе в 82 (98,8%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 131 (91,0%) случаев в группе сравнения ( $\chi^2=5,619$ ;  $df=2$ ;  $p=0,061$ ).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза у всех больных в основной группе отмечено достоверное повышение эффективности в основной группе за счет применения лазерной фотокоагуляции. Суммарно 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 ( $t=3,43$ ;  $p<0,05$ ).

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 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-Па и Пб 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 сократить количество госпитальных койко-дней с  $5,8 \pm 1,3$  суток до  $4,6 \pm 1,1$  суток ( $t=8,74$ ;  $p<0,05$ ).

#### Список литературы:

1. Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф. Обоснование гастродуоденоанастомоза с экономной резекцией желудка в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // МНС. 2014. №1 (56).
2. 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>.
3. Yakubov F.R., Erniyazov E.A., Sapaev D.S. (2023). Modern Treatment of Mallory-Weiss Syndrome. International journal of health systems and medical sciences, 2(4), 27–33. Retrieved from <https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS/article/view/1415>
4. Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А., Маткурбонов Н.О., Якубов Р.Ф. Меллори - Вейсс синдромини кам инвазив усуллари кўллаган ҳолда ташхислаш ва даволаш. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2023, №1 (142). – Б. 143-145.