



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бабаджанов А.Х

Джуманиязов Д.А

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Аннотация. Эндоскопия с систематическим повторным лечением значительно снижает риск рецидива кровотечения, вызванного пептической язвой, по сравнению с контрольными пациентами, получающими выжидательную тактику. Цель. Изучение эффективности эндоскопического гемостаза при эрозивно-язвенных процессах желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от факторов риска. Материалы и методы. Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе. Заключение. Предложенный способ эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК (при кровотечениях типа Ф-Ia-б и IIa-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 $\chi^2=6,253$; $df=1$; $p=0,013$).

Ключевые слова: кровотечение; пептическая язва; эндогемостаз; Forrest.

Актуальность: Эндоскопия с систематическим повторным лечением значительно снижает риск рецидива кровотечения, вызванного пептической язвой, по сравнению с контрольными пациентами, получающими выжидательную тактику. 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.

Цель - изучение эффективности эндоскопического гемостаза при эрозивно-язвенных процессах желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от факторов риска.

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.

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 ($\chi^2=4,305$; $df=1$; $p=0,039$).

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 ($\chi^2=6,396$; $df=2$; $p=0,041$).



При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК выявлено: 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 эндогемостаз понадобился в 6 (12,8%) случаев, 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 ($\chi^2=3,970$; $df=2$; $p=0,138$). При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ разница между группами еще более ощутимая: 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 эндогемостазом ($\chi^2=2,157$; $df=2$; $p=0,341$). При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения повторный эндогемостаз понадобился в 6 (11,8%) случаев, 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 ($\chi^2=3,055$; $df=2$; $p=0,218$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза у всех больных в основной группе отмечено достоверное повышение эффективности в основной группе за счет применения лазерной фотокоагуляции. 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 ($\chi^2=6,756$; $df=3$; $p=0,081$).

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.

При отдельном анализе по наличию лекарственных факторов риска разница также очевидна: 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 ($t=2,45$; $p<0,05$);



Выводы: Предложенный способ эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК (при кровотечениях типа Ф-Ia-б и IIa-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 $\chi^2=6,253$; $df=1$; $p=0,013$). Достигнутая эффективность эндоскопического гемостаза позволила сократить 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 ($t=5,40$; $p<0,05$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 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.
2. Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф. Обоснование гастродуоденоанастомоза с экономной резекцией желудка в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // МНС. 2014. №1 (56).
3. 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-krovotecheniyah-yazvennogo-geneza>.
4. Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А., Матқурбонов Н.О., Якубов Р.Ф. Меллори - Вейсс синдромини кам инвазив усулларини қўллаган ҳолда ташхислаш ва даволаш. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2023, №1 (142). – Б. 143-145.
5. Loffroy R., et all. 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.
6. 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>