

*На правах рукописи*

**АБДУЛАЕВА**  
**СЕВАРА ИСКАНДАРОВНА**  
**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ**  
**ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**  
**14.00.17- хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ**

Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Душанбе-2019**

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный руководитель:** Гулов Махмадшох Курбоналиевич – доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

1. доктор медицинских наук, профессор Власов А.П., заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева

2. доктор медицинских наук Мухиддинов Н.Д., заведующий кафедрой хирургии и эндохирургии ГОУ Институт последипломного образования сфере здравоохранение РТ.

**Ведущая организация:**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Защита состоится « 28 » « октября » 2019 г в ..... часов на заседании диссертационного совета Д 737. 005. 01 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино (734003, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ТГМУ им. Абуали ибни Сино и на сайте ([https // www.tajmedun.tj/ru/dissertatisationny](https://www.tajmedun.tj/ru/dissertatisationny) )

Автореферат разослан «    » «    » 2019

**Учёный секретарь**  
**диссертационного совета**  
**доктор медицинских наук**

**Назаров Ш.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** В настоящее время язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает занимать лидирующее место в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поражая около 10% населения всего мира (Борисов А.Е. 2003; Хаджибаев А.М. 2005). Выявлено, что ЯБ является причиной около 36% всех случаев госпитализации пациентов с острым ЖКК (Гостищев В.К., 2005; Hall R. 2014). Ежегодная заболеваемость гастродуоденальными язвенными кровотечениями, по данным разных авторов, составляет от 20 до более 100 случаев на 100 000 человек (Hisham A.L.2012). Несмотря на значительные успехи во многих аспектах лечения ЯБ, общая смертность остается значительной (приблизительно 10%), возраст и сопутствующая патология пациентов несколько компенсируют терапевтические успехи.

Существует несколько основанных на фактических данных руководств, помогающих управлению ЯБ (Ермолов А.С. 2000), хотя всесторонние аудиты показали, что не все аспекты лечения не всегда надёжно соответствуют руководящим принципам 3 .

В настоящее время, в эру антихеликобактерной терапии, наблюдается снижение частоты хирургических вмешательств по поводу гастродуоденальных язвенных кровотечений, частота операций до сих пор составляет около 33% от всех вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке, причем 87,2% из них являются экстренными и выполняются пациентам из группы высокого риска (Alan N. 2010). За последние десятилетия хирургия гастродуоденальных кровотечений претерпела значительные изменения и на сегодняшний день ограничилась в основном вмешательствами по поводу тяжелых осложнений (Алиев С.А. 2010). По мнению большинства авторов, в последнее время произошло изменение общеизвестных критериев отбора больных ЯБ для планового оперативного лечения. Это привело к увеличению во всем мире доли экстренных оперативных вмешательств по поводу гастродуоденальных кровотечений, что закономерно явилось причиной увеличения числа осложнений и летальности (Ступин В.А. 2013). Также необходимо отметить значительное снижение частоты использования кислотоподавляющих операций на желудке (с 50,6 до 31,6%), что отражает изменение хирургического подхода к экстренным осложнениям ЯБ [1]. Вопросы показаний к оперативному лечению язвенных кровотечений остаются предметом дискуссий. Основными критериями выбора консервативной или хирургической тактики при гастродуоденальном язвенном кровотечении являются тяжесть кровопотери, результаты эндоскопического гемостаза, степень риска проведения анестезии и операции.

В конце 80-х годов XX века был внедрён лапароскопический доступ, получивший широкое распространение из-за малой травматичности, хорошего функционального

результата, высокого качества послеоперационного периода. Лапароскопия в настоящее время занимает важное место в арсенале специалистов, занимающихся проблемами хирургии желудка. Этот метод широко используется в диагностических и лечебных целях, а в последние годы лапароскопические, миниинвазивные операции на желудке и ДПК активно внедряются в клиническую практику [3].

За истекший промежуток времени отмечается прогресс эндоскопической техники от простых лапароскопических манипуляций до сложных мобилизаций органов. Однако число таких хирургических работ невелико и необходим поиск объективных доказательств эффективности данного нового направления.

Все вышеизложенное легло в основу формирования цели и задач настоящего исследования.

**Цель исследования** – улучшить результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, путем оптимизации способа эндолапароскопического гемостаза.

**Задачи исследования:**

1. Изучить частоту и выявить основные факторы, влияющих на этапы кровотечения с дальнейшим применением их в прогнозировании рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.
2. Определить эффективность применения оптимального метода прогноза рецидива ЯГДК
3. Разработать и внедрить в практику хирургический способ окончательной остановки кровотечения при гастродуоденальных язвах с усовершенствованием этапов операции.
4. Разработать схему ведения больных с ГДЯК и различными рисками его рецидива с применением комбинированного эндолапароскопического гемостаза и современных противоязвенных препаратов.

**Научная новизна**

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ комбинированного лапароскопического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, позволяющий окончательно остановить кровотечения, сопровождающиеся эффективным снижением общей летальности и рецидива кровотечения.

В первые продемонстрированы возможности применения и сформированы рекомендации по использованию комплексного эндовидеоскопа с сочетанием эндоскопа при ГДЯК.

Установлено показание применения нового комбинированного метода и доказана её эффективность .

Установлено преимущество применения оптимального метода прогнозирования рецидива кровотечения, позволяющая в urgentных условиях объективировать выбор метода лечения при ГДЯК.

### **Практическая значимость работы**

В работе представлена техника комбинированного видеохирургического гемостаза, пригодная, как для экстренной хирургии и доступная «простым» применением. В работе представлен эндоскопический контроль мониторинга кровотечения в период оперативного вмешательства у больных с ЯГДК, позволяющий хирургу визуально контролировать процесса.

Для клинической практики предложены и доказаны необходимость выявления пациентов группы риска с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Разработан лечебно-тактический алгоритм ведения больных.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1 Факторами риска развития кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются: возраст, сопутствующие заболевания, заболеваемость *H. pylori*, размер язвы и ее локализация.

2 *H. pylori*, является как отягощающий фактор, влияющий на заживление язвы и риска рецидива кровотечения. Вследствии этого применения антисекреторной терапии, эрадикационной терапии *H. pylori* комплексно с разработанным нами паллиативным хирургическим методом, улучшает результаты лечения пациентов с гастродуоденальными язвами.

3. Для определения риска развития рецидива кровотечения обоснованно применение шкалы Rockall.

4 Разработанный нами эндовидеолапароскопический хирургический способ позволяет рекомендовать его в клинической практике для остановки кровотечения гастродуоденальных язв. Комбинированный эндолапароскопический способ не представляет технических сложностей для хирургов. Одновременная работа хирурга и эндоскописта позволяет хирургу визуально контролировать процесс кровотечения.

### **Личное участие автора в получении результатов.**

Абдулаева С.И. лично обследованы больные, разработана медицинская документация и заполнены индивидуальные карты обследования пациентов, проведены инструментальные исследования. Диссертант лично принимала активное участие в обследовании и лечении пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Ею лично выполнено 40 % и ассистировала операций комбинированной остановки кровотечений гастродуоденальных язв, включенных в исследование. Проведена

статистическая обработка и анализ полученных результатов. Автором самостоятельно выполнен патентно-информационный поиск, анализ отечественной и зарубежной литературы с оценкой актуальности выбранной темы, проблемных вопросов и путей их решения.

### **Внедрение результатов исследования**

Полученные результаты и разработанный хирургический метод внедрён в практическую деятельность отделения общей хирургии ГКБ №5 Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

### **Апробация работы.**

Основные положения диссертационного исследования обсуждены и доложены на: 60-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2015); VIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2018);

### **Публикации результатов исследования**

Материалы диссертации отражены в 8 печатных работах, из них в 3 статьи в журналах, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией РФ в качестве изданий для опубликования результатов диссертационных исследований.

### **Структура и объём диссертации**

Диссертация включает: введение, обзор литературы, 4 главы собственных исследований, заключения, выводы и список литературы. Диссертация написана на 114 страницах машинного текста. Работа дополнена 37 рисунками и 15 таблицами. Список литературы содержит ссылки на 172 источников (из них 28 отечественных и 144 зарубежных).

### **Содержание работы**

В основу работы положен накопленный за последние 7 лет опыт кафедры общей хирургии №1 расположенной на базе ГКБ №5 им. акад. К.Х. Таджиева г. Душанбе, на протяжении многих десятилетий, детально занимающихся проблемой лечения и реабилитации больных ЯБ. Настоящая работа проведена по двум основным направлениям: 1.– внедрение оптимального прогноза рецидива кровотечения и оценка больных по бальной шкале с дальнейшим выбором тактики лечения; 2. - внедрение комбинированного эндолапароскопической техники у больных с ЯБДК.

### **Характеристика больных при язвенном гастродуоденальном кровотечении.**

Данная работа базируется на опыте клиники, охватывающий 7 - летний период (2009-2016 гг.). С января 2009 года по декабрь 2015 гг. с гастродуоденальными язвенными кровотечениями находились на лечении 79 больных.

Обсуждаемый семилетний период времени (2009-2015 гг.) был разделен на два этапа.

*На I этапе 2009-13 гг.* использовали активную дифференцированную тактику. Всем больным с ЯГДК выполняли диагностическую ЭГДС с последующим лечебным эндоскопическим гемостазом. После ЭГДС формулировали риск рецидива кровотечения. Риск развития кровотечения оценивалась по классификации Форреста. При рецидиве кровотечения выполняли экстренные операции. Больных с невысоким риском рецидива кровотечения лечили консервативно, при наличии показаний этих пациентов оперировали в плановом порядке. *На II этапе 2013-16 гг.* больных с ЯГДК было 40 человек. В основной группе эндоскопическое исследование проводилось в течении 6 часов с момента поступления больных в стационар, только в двух случаях в течение 24 часов из-за сопутствующей патологии. Для прогнозирования рецидива кровотечения применялась шкала Rockall с добавлением показателя размера язвы и *H.pylori*. Шкала дает бальную оценку тяжести и вероятности рецидива по шкале. По рецидиву кровотечения с возрастающей вероятностью рассматривались пациенты с оценкой от 4 до 14 баллов. Показания к экстренной операции оставались прежними. В данном этапе пациентам был применён комбинированный хирургический способ гемостаза.

***Характеристика больных с ЯГДК (2009-2016гг.).*** В общей группе возраст больных варьировал от 20 до 82 года, при этом 6 пациентов (7,5%) были старше 60 лет. Мужчин было – 57 (72,73%). Женщин- 22 (27,25 %). Проспективную часть работы составили 40 больных с язвенно гастродуоденальным кровотечением. По половой принадлежности больные распределились следующим образом: мужчин- 28 (70 %), женщин- 12 (30 %). Преобладали больные среднего возраста 41,5 ( табл.1).

В общей группе наблюдались все варианты ЯБ: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) 1, 2 и 3-го типов по Джонсону. Среди источников кровотечения преобладали язвы луковицы ДПК у 43 (53,7%) больных. Кровотечение было легкой степени тяжести - у 16 больных (20,2 %), средней - у 49 (62,02 %), тяжелой - у 14 (17,7 %). Длительность кровотечения составила  $39,3 \pm 2,3$  часа. У 48 (59,2%) больных выявлена сопутствующая патология. Необходимо подчеркнуть, что в некоторых случаях у одного и того же больного имелось более одного сопутствующего заболевания(табл.1).

Таблица 1. Характеристика больных с ЯГДК.

Характеристика/ годы	2009-2013	2013-2017
<b><i>Распределение по полу</i></b>		
Мужчин	30 (77,5%)	28(70 %)
Женщин	9 (22,5 %)	12 (30%)
<b>Средний возраст</b>		
	42,15	41,58
<b><i>Число больных старше 60 лет</i></b>		
	5 (12,5 %)	4 (10%)
<b><i>Степень тяжести кровотечения</i></b>		
Легкая	7 (17,9%)	8 (20%)
Средняя	26 (57,55%)	23 (62,5%)
Тяжелая	6 (15,9%)	9 (17,5%)
<b>Источник ЯГДК</b>		
ЯБДК	23(58,9 %)	21 (52,5%)
ЯБЖ	16 (41,02%)	19 ( 47,5%)
<b><i>Средняя длительность кровотечения до поступления в стационар</i></b>		
(в часах)	38,4 -1,8	41,2-2,1
<b><i>Сопутствующая патология</i></b>		
Без клинически значимой сопутствующей патологией	11 (28,2%)	13 (32,5 %)
С клинически значимой сопутствующей патологией	28 (71,7 %)	27 (67,5%)

При эндоскопии активность кровотечения мы оценивали по классификации J.A. Forrest (1974). В основной группе пациенты с активным кровотечением тип I (FI) поступили 14 (35,0%) больных; состоявшимся кровотечением тип II (FII) - 25 (62,5%) и тип III (FIII) - 1 (2,5%) больных. В контрольной группе тип I (FI) наблюдался у 15 (38,4, 5%) больных, тип II (FII) у 24 (61,5%) и тип III (FIII) - у 1 (2,5%) больного ( $p=0,002$ ).

При изучении частоты кровотечения по размеру язвы, как видно из таблицы 2 в основной группе с диаметром до 5 мм имело место у 9 (25%) больных от 5 до 10 мм - 23 (57,5%) , от 10 до 15 мм - у 6 (15,0%), более 15 мм у 3 (7,5). В контрольной группе с диаметром до 5 мм имело место у 4 (10%), от 5 до 10 мм - 26 (65,5%) , от 10 до 15 мм у 9 (22,5%), более 15 мм у 3 (7,5). Нами были изучены рецидивы кровотечений при размере



язвенного дефекта при ретроспективном исследовании в контрольной группе. Рецидив кровотечений при размере язвы до 5 мм наблюдался у 1 (4%) больного, от 5 до 10 мм — 13 (52%) случаях, от 10 до 15 мм у 9 (36,0%) пациентов и более 15 мм у - 3(12%).

### **Методы исследования**

Общее клиническое обследование включало в себя анализ жалоб, анамнеза, данных физикального и лабораторного обследования. *Лабораторная диагностика гомеостаза* включала определение гемоглобина, гематокрита, состояние гемокоагуляции; показателей системы выделения; функциональных проб печени; содержание сахара в плазме крови; клинический анализ крови. ЭГДС имела самые различные задачи как в диагностическом, так и в лечебном плане ГДЯБ. Использовали АОНУАВМЕ (1998 г. выпуска), ширококанальные операционные торцевые гастрофиброскопы IT-10, XT-30, ЭВИС-IT-140 дуоденоскопы TJF-30, TJF-100. Видеолапароскопия осуществлялась с использованием оборудования от производителя KARL STORZ (2000г.), что включала в себя: эндоскопическую видеокамеру 1-чиповая в комплекте с головкой камеры для оцифровки полученного с эндоскопа изображения видеомонитора высокого разрешения FullHD-26"; стандартный лапароскоп со стержне-линзовой оптикой; источник света (ксенон) и светопроводящий кабель; инсуфлятор; аспиратор ирригатор лапароскопический; Блок ЭХВЧ с комплектом монополярных или биполярных инструментов и электродов. УЗИ использовали как скрининговый метод диагностики нарушений желудочного опорожнения конвексным датчиком 3,5 МГц на аппарате Mindray. *Состояние слизистой оболочки у больных ЯБ, факта и степени обсемененности Н. pylori* проводили с помощью морфологических методов и путём дыхательного теста. Статистические расчеты выполнялись с помощью языка статистического программирования R версии v 3.2.0.

### **Факторы риска развития гастродуоденального кровотечения**

Многообразие данных и избыточность информации, выявленные нами в процессе исследования, привели нас к необходимости изучить основные факторы, которые приводят к гастродуоденальным кровотечениям. Факторы были выделены и проанализированы, определили их влияние на течение и развитие ЯГДК. Для выявления корреляционной статистической зависимости изучаемых факторов, влияющих на эпизоды кровотечения, нами был проведён корреляционный анализ по Спирмену. При изучении частоты возникновения гастродуоденального кровотечения и связи *Helicobacter* инфекции. Коэффициент корреляции  $r = 0,25$ , уровень значимости  $p = 0,026$ , 95% CI = [0,03;0,44]. Найдена положительная корреляция слабой силы. Большому значению показателя "*Helicobacter*" соответствует большее значение показателя "Язвенная болезнь"(рис.1).

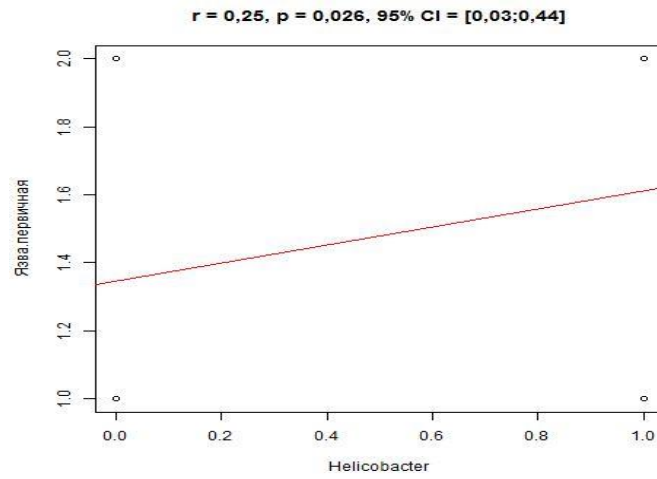


Рисунок 1. Корреляционная зависимость «Язвенная болезни» и "Helicobacter".

Найдена положительная корреляция слабой силы. Большему значению показателя "Helicobacter" соответствует большее значение показателя "Эпизоды\_кровоотечений.в.анамнезе". Коэффициент корреляции  $r = 0,25$ , уровень значимости  $p = 0,025$ , 95% CI = [0,03;0,45] (рис.2).

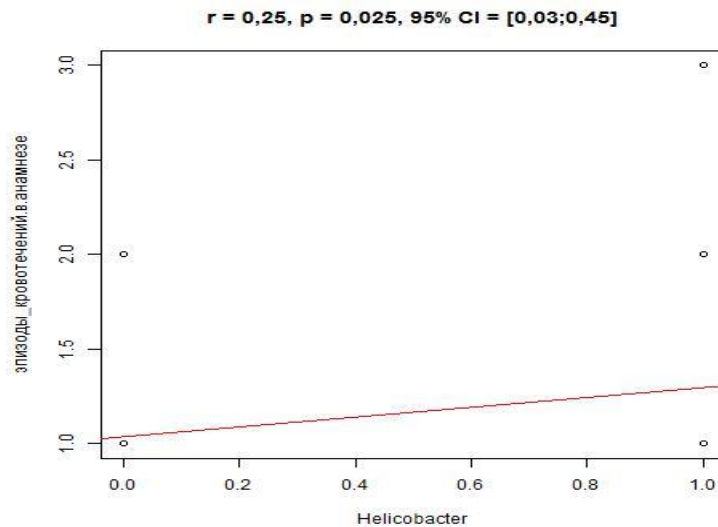


Рисунок 2. Корреляционная зависимость "Helicobacter" и «Эпизодами кровотечения»

Длительность заболевания язвой и эпизодами кровотечений в анамнезе. Коэффициент корреляции  $r = 0,45$ , уровень значимости  $p = 0,95$ , 95% CI = [0,25;0,61]. Найдена положительная корреляция средней силы. Большему значению показателя "Длительность.заболевания.язвой" соответствует большее значение показателя "Эпизоды кровотечений в анамнезе" (рис.3).

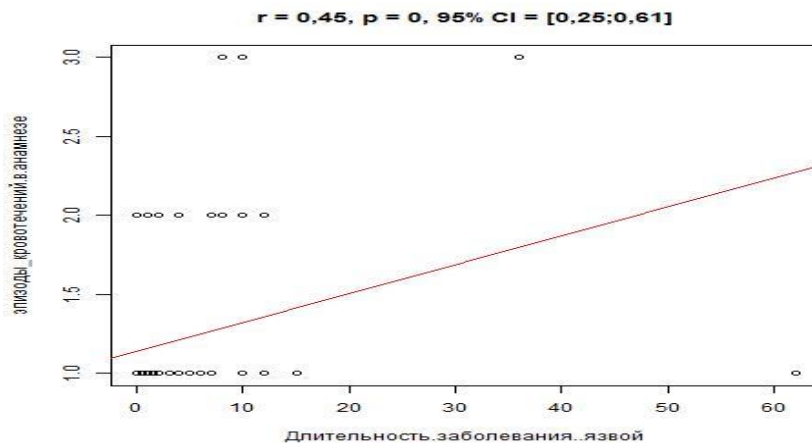


Рис. 3. Корреляционная зависимость «Эпизодами кровотечения» и Длительность заболевания»

При изучении связи возраста с сопутствующими заболеваниями. Показатель «Возраст» и «Другие заболевания» коэффициент корреляции  $r = 0,38$ , уровень значимости  $p = 0$ , 95% CI = [0,18;0,55]. Найдена положительная корреляция средней силы. Большему значению показателя "Возраст" соответствует большее значение показателя "Сопутствующие заболевания "(рис. 4)

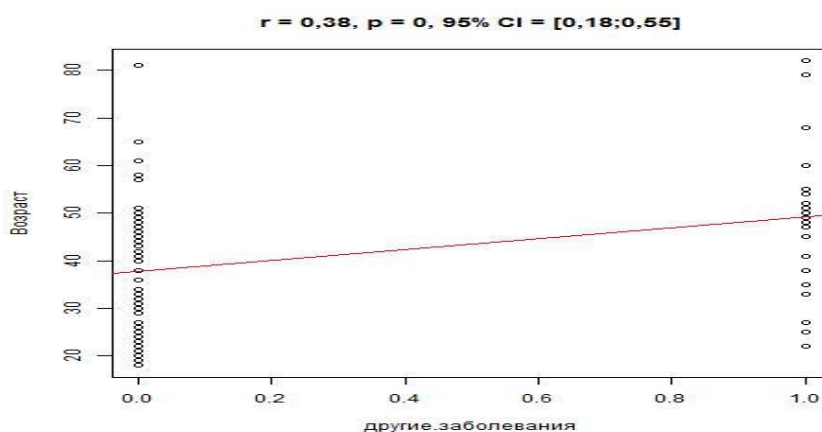


Рисунок 4. Корреляционная зависимость возраст и сопутствующие заболевания

При изучении связи кровопотери с размером язвы коэффициент корреляции  $r = 0,23$ , уровень значимости  $p = 0,043$  CI =95% [0,01;0,43]. Найдена положительная корреляция средней силы. Большему значению показателя "Размер язвы от 15 мм" соответствует большее значение показателя "Кровопотеря "(рис. 5).

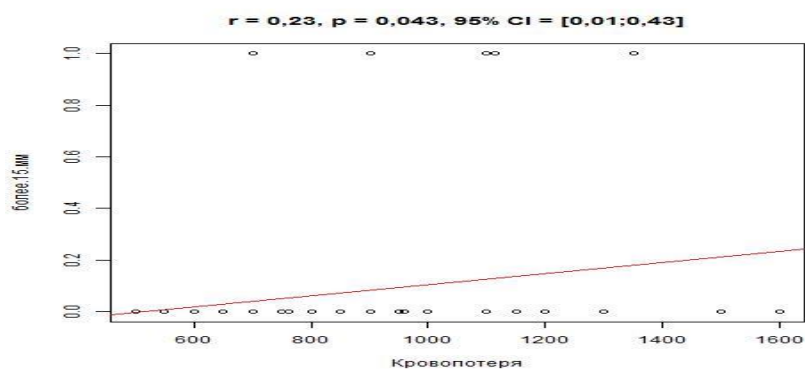


Рисунок 5. Размер язвы более 15 мм и кровопотеря

При изучении связи кровопотери с размером язвы коэффициент корреляции  $r = 0,23$ , уровень значимости  $p = 0,043$ , CI =95% [0,01;0,43].

Найдена положительная корреляция средней силы. Большему значению показателя "Луковица 12-перстной кишки" соответствует большее значение показателя "Кровопотеря" (рис.6).

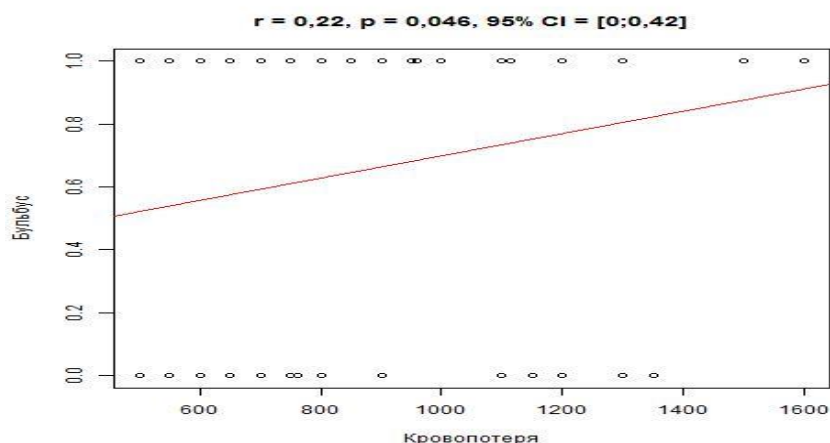


Рисунок 6. «Бульбус» и «Кровопотеря»

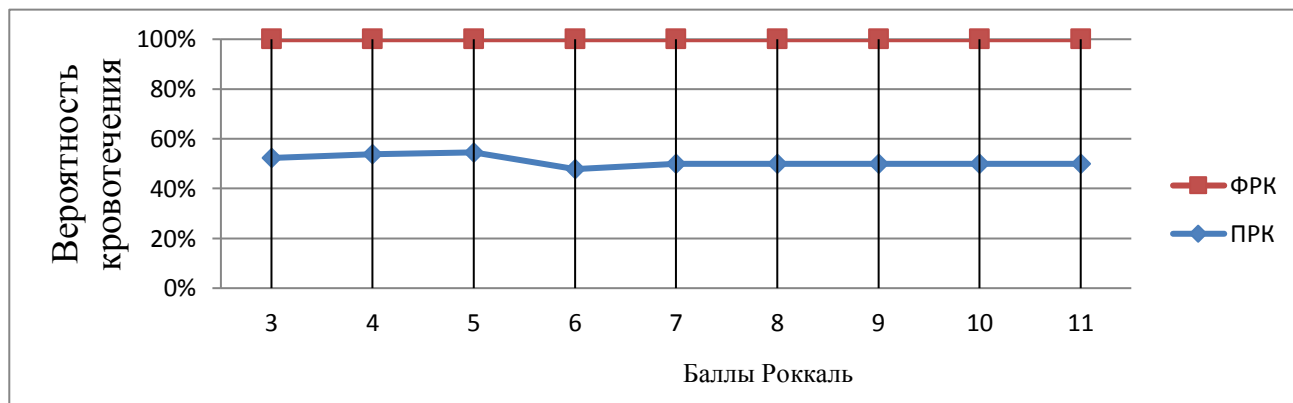
### Прогнозирование рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений

При выполнении ФГДС в основной группе кровотечение классифицировали по Forrest, а тяжесть и возможность рецидива оценивались бальной системой по шкале J.Rockall с добавлением показателя размера язвы от 15 мм и "Helicobacter". Совокупность суммы в шкале Rockall составляет 11 баллов. С нашими показателями это сумма составила 14, представляющая собой упрощенную сумму результатов клинических (возраст, признаки шока, тяжесть сопутствующих заболеваний) и эндоскопических (диагноз и признаки недавнего кровотечения, размера язвы и наличие *H. pylori*) признаков.

При распределении и оценки по бальной шкале Rockall в основной и контрольной группах больные распределялись следующим образом: так в основной группе с 3 баллами было - 1 (2,5%), в контрольной также 1 (2,5%), по 4 баллам в основной больные составили - 5 (12,5%), в контрольной - 6 (15%), по 5 баллам в основной и контрольной больных было - 5(12.5%), при оценке по 6 баллам в основной группе больные составили – 6 (15%), а в контрольной - 7(17.5%), при оценке от 7 до 14 баллов в основной было – 21 (52.5%) в контрольной - 20 (50%) больных.

Критерии разделения пациентов по группам риска (< 3 баллов – низкий риск, 3–7 баллов – умеренный риск, > 7 баллов – высокий риск) показали возможность шкалы чётко различать пациентов по исходам.

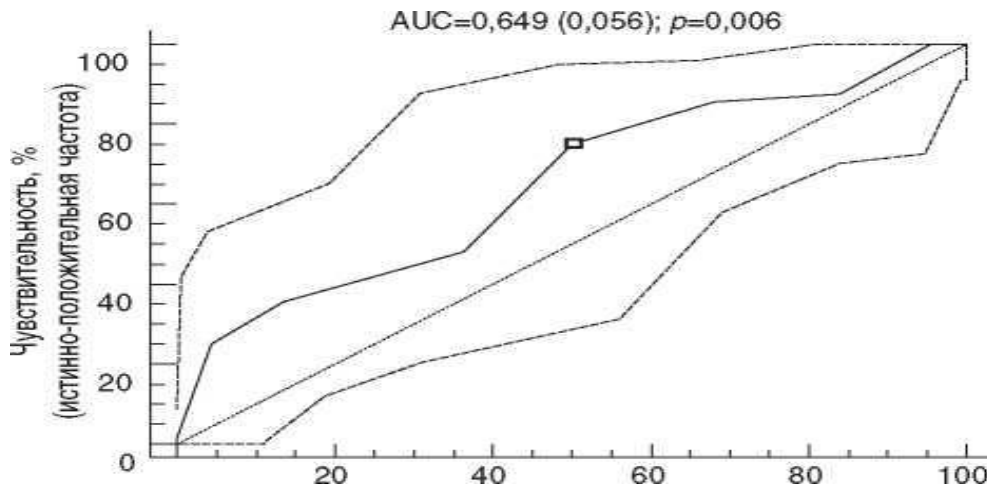
При сравнении риска кровотечения по кривой, представленной на рис.7 видно, что фактический риск кровотечения и прогнозируемый совпадали на точки разделения в 7 баллов, что говорит о высокой прогностической ценности данной шкалы в оценке риска рецидива гастроуденального кровотечения.



Примечание: Сравнение фактической и прогнозируемого риска развития кровотечения по шкале Rockall

Рисунок 7 Вероятность риска рецидива при увеличении баллов Rockall

При анализе на чувствительность истинно положительной частоте прогнозирования кровотечения по дискриминационной кривой также статистически достоверно прогнозировался риск развития рецидива гастроуденального кровотечения, при этом точка разделения также являлась 7 баллов ( рис.8).



Примечание: Прерывистая линия обозначает 95% ДИ, диагональная линия обозначает дискриминацию не более чем 1 случае. В скобках указана стандартная ошибка, маркером указана оптимальная точка разделения 7 баллов (AUC - area under curve)

Рисунок 8. Дискриминация случаев рецидива кровотечения по шкале Rockall.

### **Хирургического способ остановки кровотечения при гастродуоденальных язвах**

Всем пациентам основной группы после прогнозирования рецидива кровотечения и оценки бальной системы по шкале Rocall была назначено консервативное лечение: инфузионная терапия, антацидная терапия – блокатор протонной помпы болюсным введением 80 мг с дальнейшим назначением по 80 мг в сутки, препараты гемостатики (аминокапроновая кислота, дицинон). Гематрансфузия и плазматрансфузия были назначены с учётом потери ОЦК больше 30 %. Больным, получившие 7 и выше баллов в экстренном порядке, была проведена комбинированная видеолапарастическая операция. В основной группе хирургические вмешательства осуществлялись под общим наркозом. В операции во время установки троакаров после предварительного промывания желудка, вместо желудочного зонда эндоскопист вводил фиброгастродуоденоскоп в желудок или двенадцатиперстную кишку для визуализации источника кровотечения. Работа хирурга и эндоскописта осуществлялась комбинированно.

Нами в клинике разработана методика определения источника кровотечения при комбинированных эндолапораскопических вмешательствах. При этом визуализация точки кровотечения осуществлялась при помощи свечения лампочки эндоскопа (диафаноскопия). Одновременная работа хирурга и эндоскописта обеспечивает визуализации источника кровотечения на весь период оперативного вмешательства. Разработанная методика позволяла хирургу точно обнаруживать локализацию источника кровотечения без вскрытия полого органа (удостоверение на рационализаторское предложения №3369/R584 "Способ комбинированной остановки кровотечений язв желудка"). После установления источника

кровотечения производилось транссерозное прошивание на протяжении кровоточащего сосуда, либо его лигирование с помощью клипса.

У 21 (60%) больных основной группы кровоточащая язва была расположена на передней или переднебоковой бульбарной части двенадцатиперстной кишки. Транссерозное прошивание ветвей осуществлялась: а. gastrica dextra, а. gastroduodenalis, а. gastromentalis dextra. При 6 случаях был перевязан сам ствол артерии, а в 2 случаях - из-за сомнительности остановки кровотечения вследствие спаечного процесса - было проведено лапароскопическое иссечение кровоточащей язвы. У 8 (17,5%) больных язвы локализовались в области тела желудка: Транссерозное прошивание ветвей осуществлялась: а. gastrica dextra, а. gastrica sinistra, а. gastromentalis dextra, а. gastromentalis sinistra, а. gastricae breves, а. lienalis. У 6 (15%) больных язва была расположена в пилороантральной зоне. Транссерозное прошивание ветвей осуществлялась: а. gastrica dextra, а. gastromentalis dextra. У 2 (5%) пациентов язвы локализовались в области кардии желудка. Транссерозное прошивание ветвей осуществлялось: а. gastrica sinistra, а. gastricae breves, а. esophagus.

#### **Оценка эффективности разработанного способа остановки кровотечения при гастродуоденальном кровотечении**

Нами была изучена частота рецидивов кровотечений, послеоперационная активность и летальность, которые являются наиболее значимыми показателями, влияющие на результаты лечения.

Лечебная тактика у больных в контрольной группе (I:2009- 2013 гг.) определялась после уточнения продолжающегося кровотечения при ФГДС, в 39 наблюдениях использовали различные варианты эндогемостаза. У 18 пациентов в ткани язвы и вокруг нее инъекционно вводился сосудосуживающий (раствор адреналина в разведении 1:10000) и денатурирующие средства (этиловый спирт 70%). В 21 наблюдении применялась электрокоагуляция кровоточащего сосуда в язвенной нише и (или) тканей по периметру дефекта. Для лечебных мероприятий II этапа: 2013-2016 гг. применялся разработанный нами эндовидеолапароскопический способ эндогемостаза с применением антисекреторной терапии. При применении данного способа не удалось лишь в 3 наблюдениях выполнить гемостаз. При статистической обработке результатов обеих групп было выявлено значимое различие по степени развития рецидива ( $p = 0,012421$ , метод Пирсона). В контрольной группе использовались два варианта эндоскопического остановки кровотечения и количество рецидивов после гемостаза статистически было выше при FIA и FIB, чем в группе FIIA и FIIB ( $p = 0,0103$ , точный критерий Фишера). Частота рецидива при активном

кровотечении FIA составила - 3 из 39 больных (20%), в группе FIB — 4 из 39 пациентов (17.5%) и с использованием точного критерия Фишера не было выявлено статистической значимости различия ( $p < 0,05$ ). При сравнении вариантов эндоскопического способа с комбинированным эндовидеолaparоскопическим методом остановки кровотечения в группе FIA и FIB было выявлено статистически значимое различие ( $p < 0,05$ ) в пользу последнего ( $p = 0,0138$ , точный критерий Фишера). По количеству рецидивов при сравнении инъекционного метода с ЭКГ отмечалось статистически значимо большее количество рецидивов при применении инъекционного метода ( $p = 0,0112$ , точный критерий Фишера), а при применении комбинированного эндовидеолaparоскопического метода и ЭКГ в пользу последнего. Частота рецидива при состоявшемся кровотечении (FII) после применения инъекционного метода составило - 4 из 39 больных (20%), а во втором эндоскопическом — 1 из 39 пациентов (17.5%) ( $p > 0,05$ ) и статистически значимой разницы также между ними не было выявлено.

После выше приведенного анализа можно сделать вывод, что применение комбинированного эндоскопического метода остановки при продолжающемся и остановившемся кровотечении является более эффективным и статистически значимым по сравнению с двумя вариантами эндоскопического метода ( $p < 0,05$ ).

Далее мы произвели оценку по структуре послеоперационной активности и послеоперационной летальности.

При анализе результатов в основной группе при Forrest Ia – Ib у 2 больных (7,5%) имелась послеоперационная активность, первичный эндоскопический гемостаз оказался изначально неэффективен, так как у 2 пациентов из-за рубцовой деформации зоны оперативного вмешательства остановить кровотечение субсерозно было неосуществимо. У 2-х двоих из них выполнена резекция желудка и у одного – прошивание кровоточащей язвы, все пациенты выздоровели и еще у одного источник геморрагии не обнаружили, однако во время операции, предпринятой в связи с клиникой продолжающегося кровотечения, выявлена язва двенадцатиперстной кишки задней стенки, в связи с чем они оперированы по экстренным показаниям:

Анализ результатов контрольной группы при Forrest Ia – Ib: послеоперационная активность составила 7 (28.2%), в 5 случаях резецирован желудок и в 2 (2.5%) – прошивание кровоточащего сосуда и у 1 (5,1%) случай имел место летальный исход из-за перитонита, вызванного несостоятельностью швов анастомоза. При анализе результатов в основной группе и контрольной при Forrest IIa – IIb послеоперационная активность была у 1 пациента, источник геморрагии не обнаружили, однако во время операции, предпринятой в связи с клиникой продолжающегося кровотечения, выявлена язва двенадцатиперстной кишки



задней стенки в связи с чем они оперированы по экстренным показаниям. В контрольной группе рецидив кровотечения наблюдался в 5 (17.9%) случаев, у пациентов выполнили резекцию желудка. Послеоперационная летальность не наблюдался в обеих группах. При сравнение основной и контрольной группы по Forrest IIc –III послеоперационная активность не имела и послеоперационной летальности не было. Всего послеоперационная активность в основной группе составила 10% без летальных случаев, в контрольной группе послеоперационная активность составила –12 (67.5), с одним летальным исходом.

### **Тактика ведения больных по риску рецидива кровотечения**

Алгоритм лечебной тактики, включающий как эндоскопические, так и клиничко-лабораторные показатели высокого риска рецидива кровотечения, используются в лечении больных с ЯГДК. В настоящее время общепринятым является прогнозирование риска рецидива геморагии на основании эндоскопических данных с использованием классификации J. Forrest, на что есть непосредственное указание в резолюции Пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» (Пятигорск, 2011 г.). Для оценки риска рецидива кровотечения, на наш взгляд, эндоскопические данные не достаточны, необходимо также учитывать клиничко-лабораторные показатели общего состояния больного. Предложены разнообразные оригинальные методики, шкалы оценки риска рецидива кровотечения. Большинство из них содержит сложные формулы, таблицы, что не упрощает задачу и требует огромное время для принятия решения хирургом и определения тактики лечения конкретного больного. Мы использовали в проспективном этапе нашей работы бальную оценку риска рецидива и летальности предложенную J.Rockall.

Так, в нашем исследовании в основной группе показания к оперативному лечению в виде сочетанного эндолапароскопического способа ставили сразу же при определении риска развития гастродуоденального кровотечения по бальной шкале Роккаля, что повлияло на результаты лечения больных в проспективной группе. При поступлении в стационар больным назначалась антисекреторная терапия, и в случае нахождения у больных обсеменации и заражения *H. pylori*, назначалась эрадикационная терапия, что сказалось на результатах лечения в основной группе. В процессе исследования мы выделили особые критерии при лечении больных с гастродуоденальным кровотечением, что было оформлено в виде практических рекомендаций:

Для лечения больных с кровоточащими язвами гастродуоденальной области рекомендуется следующий лечебно-диагностический алгоритм.

Средние сроки пребывания в стационаре  $7,5 \pm 1$  дней. При выписке рекомендуются прием поддерживающей антисекреторной терапии и антихеликобактерной терапии в течение 4-6 недель.

**Ближайший послеоперационный период.** В сроки от 2-3 месяцев до 1 года обследованы 19 (57,5%) пациентов. Основными задачами этого периода считали оценку эффективности проведенного лечения, раннего выявления нарушений и своевременной медикаментозной их коррекции. Жалобы у всех пациентов отсутствовали. Работающие пациенты (n-8) в течении месяца приступали к труду, а 2 студента - к учёбе, что свидетельствовало о быстрой физической и трудовой реабилитации. При ЭГДС язвы были в стадии заживления. *H. pylori* обнаружен у 4 пациентов.

### **ВЫВОДЫ**

1. Факторами риска развития кровотечения в нашем исследовании явились сопутствующие заболевания, заболеваемость *H. pylori*, размер язвы и ее локализация. Отягощающим фактором влияющим на заживление язвы и риска рецидива кровотечения является *H. pylori*.
2. Примененная методика прогнозирования с помощью шкалы Rockall с добавлением показателя размера язвы и *H. pylori*. оценивает случаи риска гастродуоденального кровотечения и летальности со специфичностью в 95% и чувствительностью в 98,7%.
3. Применение разработанного нами эндолапараскопического способа показывает большую эффективность перед другими способами эндогемостаза. Так послеоперационная активность при нем составляет 9.1 % против 28,9% инъекционного и электрокоагуляционного эндоскопического способа против 2,5% летальности данных способов, что позволяет его рекомендовать для остановки гастродуоденального кровотечения в клинике.
4. Разработан диагностико-лечебный алгоритм с целью оптимизации хирургической тактики, который позволил улучшить результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями путем снижения летальности и сокращения срока пребывания больных в стационаре в среднем 7,5 дней.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для прогнозирования риска кровотечения и неблагоприятными исходами у пациентов с ЯГДК целесообразно использовать шкалу риска Rockall. с добавлением показателя размера язвы и *H. pylori*

2. Пациентам, группы низкого риска по шкале риска Rockall рекомендовано проведение консервативного лечения с применением антисекреторной терапии и эрадикационной терапии *H. Pylori*.
3. Пациентам групп умеренного и высокого риска кровотечения по шкале риска Rockall рекомендовано выполнение оперативного вмешательства у больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой с применением паллиативных операций, одним является разработанный нами эндолапароскопический способ. .
4. Резекционные методики операций на желудке допустимо выполнять, при недоступности визуализации источника кровотечения.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ НА ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Абдулаева С.И. Основные методы прогнозирования рецидива язвенных кровотечений / С.И. Абдулаева, М.К. Гулов, С.С. Исмоилов // Материалы 63-ей годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием Душанбе. 2013 г
2. Абдулаева С.И. *H. pylori*, как фактор риска, влияющий на развитие гастродуоденальных кровотечений /С.И. Абдулаева, И.Н. Сафаров, Ф.Б. Мавлонов // Материалы 63-й годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием Душанбе 2015 г.
3. Гулов М.К. Прогнозирование течения заболевания у больных с желудочно-кишечными кровотечениями / М.К. Гулов, С.И. Абдулаева // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе .- 2015.- №4С 10-15
4. Гулов М.К. Современное состояние проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки / М.К. Гулов, С.И. Абдулаева // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны», Душанбе. - 2015.-№ 4.- С -108-114
5. Абдулаева С.И. Эффективность шкалы Роккаля для определения степени риска при кровотечениях из верхнего отдела желудочно- кишечного тракта / С.И. Абдулаева // Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции, №6 (10), 2018
6. Абдулаева С.И. Выявление факторов риска развития гастродуоденального кровотечения тракта / С.И. Абдулаева, М.К. Гулов // Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции, №7 (11), 2018
7. Гулов М.К. Эндолапароскопический способ остановки кровотечения язв желудка и 12-перстной кишки / М.К. Гулов, С.И. Абдулаева // Хирургия. Москва, №10, 2018.С -14-18

8. Абдулаева С.И Комбинированный способ остановки гастродуоденальных язвенных кровотечений / С.И. Абдулаева //Материалы VIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, Душанбе ,Том1,2018

### **РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

Абдулаева С.И., Гулов М.К., «Способ комбинированного лечения язв желудка».Рац.удост.№3369/R584 выданное ТГМУ от 19.12.2013 г.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЕНИЙ**

ГДЯК- гастродуоденальные язвенные кровотечения

ДПК- двенадцатиперстная кишка

ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЭГ- эндоскопический гемостаз

*Сдано в печать 23.06.2019 г.  
Подписано в печать 23.06.2019 г.  
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная  
Печать офсетная. Тираж 100 экз.  
Отпечатано в типографии  
Министерства образования и науки РТ  
Г. Душанбе, ул. Лохути 6, 1 проезд*