

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОГЕМОСТАЗА ПРИ ЭРОЗИВНОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Бабаджанов Азам Хасанович,  
Джуманиязов Джавохир Азадович

Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр хирургии имени акад. В.Вахидова  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8031797>

**Актуальность:** Клинические пилотные исследования и рандомизированные контролируемые испытания показали, что эндоскопический гемостаз с аргоновым лазером безопасен и эффективен. Ограничениями применения аргонного лазера для экстренного гемостаза являются сильное поглощение кровью, его дороговизна и отсутствие портативности, невозможность тампонады или тангенциального лечения, возможность вапоризации. Эндоскопия является «золотым стандартом» диагностики и лечения ангиодисплазии желудочно-кишечного тракта. Аргонплазменная коагуляция является более эффективным вариантом лечения с меньшей степенью осложнений и нежелательных явлений по сравнению с инъекционной терапией у пациентов при эрозивно-язвенных кровотечениях ЖКТ. Целый ряд авторов считают эндоскопическую лазерную коагуляцию терапией первой линии и приводят в поддержку этого довода результаты своих клинических исследований.

**Цель** – изучение эффективности предложенных методов эндоскопического гемостаза при эрозивном геморрагическом гастрите.

**Материалы и методы.** В данном разделе анализированы результаты у 68 пациентов в группе сравнения и 52 больных в основной группе. Результаты в этой группе анализированы с распределением по следующим критериям: геморрагический гастрит среди пациентов без лекарственных факторов риска и с симптоматическими (фармацевтическими) факторами.

В группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе при эрозивном геморрагическом гастрите без лекарственных факторов риска отмечен в 2 (9,5%) случаях, в свою очередь, в основной группе рецидив кровотечения отмечен лишь в 1 (5,3%) случае. Ещё большая разница отмечена в частоте рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза в подгруппе с симптоматическими факторами риска. Так, в группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза отмечен в 6 (12,8%) случаях, в основной группе рецидив кровотечения отмечен лишь в 2 (6,1%) случаях.

В сумме, в группе сравнения рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза в группе при эрозивном геморрагическом гастрите отмечен в 8 (11,8%) случаях, и в 3 (5,8%) случаях в основной группе. Причём, рецидивы кровотечения независимо от группы отмечены чаще при легких степенях Ф-Iб и Ф-IIа. При Ф-IIб степени кровотечения рецидивы не отмечены.

**Обсуждение.** При распределении больных по качеству первичного эндоскопического гемостаза и источнику рецидива кровотечения при эрозивном гастрите оказалось, что в основной группе повторного кровотечения из места коагуляции не наблюдалось, тогда как в группе сравнения отмечено в 3 (4,4%) случаях. Рецидив кровотечения из другой локализации в группе сравнения также отмечен чаще – в 5 (7,4%) случаях, в

основной группе – 3 (5,8%) случаях. В целом, в основной группе у 94,2% пациентов рецидива кровотечения не было, в группе сравнения – 88,2% пациентов.

При сравнительном анализе эффективности первичного и вторичного эндоскопического гемостаза у пациентов с эрозивным гастритом без лекарственных факторов риска значительной разницы не выявлено.

При наличии же симптоматических факторов риска в группе сравнения в 4 (8,5%) случаях понадобился повторный эндогемостаз. К сожалению, в 2 случаях (2,9%) в группе сравнения в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и рецидивом кровотечения выполнено оперативное лечение – гастротомия с прошиванием кровоточащих эрозий желудка. В основной группе повторный эндогемостаз применили лишь в 2 (6,1%) случаях.

Соответственно вышеуказанной эффективности эндогемостаза длительность гемостатической терапии была больше в группе сравнения. Например, в группе сравнения при симптоматических факторах риска 13 (27,7%) пациентам на полный гемостаз понадобилось более 3 суток, тогда как такой же показатель в основной группе составил – 4 (12,1%). Без лекарственных факторов риска в основной группе у всех 19 (100%) гемостаз достигнут до 3 суток, в отличие от группы сравнения, где в 2 (9,5%) случаях на это ушло более 3 суток. В сумме, при эрозивном гастрите гемостаз до 2 суток был достигнут в основной группе у 35 (67,3%) пациентов, в группе сравнения – лишь в 31 (45,6%) случаях ( $\chi^2=6,915$ ;  $df=2$ ;  $p=0,032$ ).

Средняя длительность гемостатической терапии была меньше в основной группе, достоверная разница отмечена в группе с симптоматическими факторами риска  $2,5 \pm 0,7$  суток ( $t=2,21$ ;  $p<0,05$ ) и при анализе всех пациентов  $2,4 \pm 0,6$  суток ( $t=2,87$ ;  $p<0,05$ ).

Без лекарственных факторов риска в обеих группах желудочный зонд установлен на срок не более 2 суток. При наличии симптоматических факторов риска в группе сравнения в 5 (10,6%) случаях зонд оставался в желудке до 3 суток, в основной группе – только у 1 (3,0%) больного. Таким образом, в основной группе у 2/3 больных зонд в желудке находился не более 1 суток, в группе сравнения такой же показатель отмечен у 41,2% больных ( $\chi^2=7,478$ ;  $df=2$ ;  $p=0,024$ ). Средние показатели нахождения зонда в желудке уменьшились с  $1,7 \pm 0,6$  суток в группе сравнения до  $1,4 \pm 0,5$  суток в основной группе ( $t=2,85$ ;  $p<0,05$ ).

Сроки достижения гемостаза и длительность нахождения контрольного зонда в желудке непосредственно влияют на средний показатель койко-дней в группах сравнения, который, конечно же, был ниже в основной группе. Без лекарственных факторов риска в группе сравнения средний показатель койко-дней составил  $4,3 \pm 0,6$  суток, в основной группе –  $3,7 \pm 0,7$  суток ( $t=2,71$ ;  $p<0,05$ ). С симптоматическими факторами риска  $5,4 \pm 1,2$  суток против  $4,3 \pm 1,1$  суток ( $t=4,13$ ;  $p<0,05$ ).

**Выводы:** Предложенный способ эндоскопического лечения множественных эрозий слизистой оболочки желудка, осложнённых кровотечением (Ф-1б и Ф-1а-б) позволил снизить частоту рецидивов кровотечений в группе с отсутствием лекарственных факторов риска с 9,5% до 5,3%, в группе с симптоматическими язвами с 12,8% до 6,1% и в целом по всей выборке с 11,8% до 5,8%. Эффективность повторного эндогемостаза позволила нивелировать необходимость оперативного лечения при рецидивирующих кровотечениях на фоне эрозивного гастрита с 2,9% до 0.

На фоне применения предложенного способа отмечено сокращение длительности гемостатической терапии с  $2,8 \pm 0,9$  до  $2,4 \pm 0,6$  суток ( $t=2,87$ ;  $p<0,05$ ) и сроков нахождения зонда в желудке с  $1,7 \pm 0,6$  до  $1,4 \pm 0,5$  суток ( $t=2,85$ ;  $p<0,05$ ). Достигнутая эффективность эндоскопического гемостаза позволила в целом сократить количество госпитальных койко-дней, в частности, при кровотечениях с отсутствием лекарственного фактора риска этот показатель снизился с  $4,3 \pm 0,6$  до  $3,7 \pm 0,7$  суток ( $t=2,71$ ;  $p<0,05$ ), при наличии симптоматических факторов с  $5,4 \pm 1,2$  до  $4,3 \pm 1,1$  суток ( $t=4,13$ ;  $p<0,05$ ) и по всей выборке с  $5,0 \pm 1,2$  до  $4,1 \pm 1,0$  суток ( $t=4,80$ ;  $p<0,05$ ).

### References:

1. Кузьмин-Крутецкий М.И., Стяжкин Е.Н. Аргонплазменная коагуляция как метод эндоскопического гемостаза. Диагностическая и лечебная эндоскопия: действительность и перспективы. Сб. тр. 5-го Российско-Японского симп. М 2003; 8-10.
2. Butt M.A., Mohammed U.A., Ballinger A.B. Acute gastrointestinal bleeding. Firstly, improve availability of endoscopy. Brit Med J 2008; 337: a2385.
3. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. Gut. 2011;60:1327-1335.
4. Joffe SN. Nd:YAG laser endoscopic photocoagulation for upper gastrointestinal bleeding. Med Instrum. 1983 Nov-Dec;17(6):409-10. PMID: 6366487