

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ



Мизамов Фуркат Очилович, Рахманов Фирдавс Саломатович, Шоназаров Искандар Шоназарович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

YRADAN QON KETIISH JARROXLIGIGA DIFFERENCIAL ENDA SHUV: KLINIK-JARROHLIK ASOSLASH

Мизамов Фуркат Очилович, Рахманов Фирдавс Саломатович, Шоназаров Искандар Шоназарович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DIFFERENTIATED APPROACH TO SURGERY OF ULCER BLEEDING: CLINICAL AND SURGICAL RATIONALE

Mizamov Furkat Ochilovich, Rakhmanov Firdavs Salomatovich, Shonazarov Iskandar Shonazarovich
Samarkand State Medical University, Republic Of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада қон кетаётган ярани лапароскопик тикиш ва эндоскопик навигация комбинациясига асосланган гастродуоденал ярали қон кетишини жарроҳлик йўли билан даволашнинг янги гибрид усули самарадорлигининг таҳлили келтирилган. 114 нафар бемор (59 - асосий гуруҳ, 55 - таққослаш гуруҳи) маълумотларига асосланиб, таклиф этилган технология ишончли гемостазни таъминлаши, операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириши, касалхонада ётиш муддатини қисқартириши ва анъанавий очиқ аралашувга нисбатан ўлим кўрсаткичини камайтириш тенденциясини намоён этиши кўрсатилган. Олинган натижалар ярали қон кетишларнинг иошилинч жарроҳлигида гибрид технологияларни кенг жорий этишининг мақсадга мувофиқлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: Ярали қон кетиш, лапароскопия, гибрид жарроҳлик, эндоскопик навигация.

Abstract. The article presents an analysis of the effectiveness of a new hybrid technique for surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding based on a combination of laparoscopic suturing of a bleeding ulcer with endoscopic navigation. Based on the data of 114 patients (59 — the main group, 55 — the comparison group), it is shown that the proposed technology provides reliable hemostasis, reduces the incidence of postoperative complications, shortens the duration of hospitalization and demonstrates a tendency to reduce mortality compared to traditional open surgery. The results confirm the feasibility of widespread implementation of hybrid technologies in emergency surgery for ulcer bleeding.

Key words: Ulcer bleeding, laparoscopy, hybrid surgery, endoscopic navigation.

Актуальность. Язвенное гастродуоденальное кровотечение (ЯГДК) – одно из самых тяжелых осложнений язвенной болезни, занимающее ведущие позиции среди причин неотложной абдоминальной хирургии. Несмотря на достижения в лечении, летальность при язвенных кровотечениях остается высокой – в среднем 6–14%. При развитии рецидива кровотечения показатели еще хуже: летальность достигает 30–40%. Высокая смертность обусловлена сочетанием пожилого возраста многих пациентов, наличия сопутствующей патологии и сложности остановки обильного кровотечения [3, 5, 7, 9].

Распространенность язвенных кровотечений остается значительной. Они составляют до 50–60% всех случаев острых кровотечений верхнего отдела ЖКТ. Первичный эндоскопический гемостаз позволяет остановить кровотечение у 85–95% больных, что заметно снизило необходимость экстренной хирургии. Внедре-

ние эндоскопических методик лечения за последние десятилетия позволило уменьшить оперативную активность при ЯГДК с ~60% до 14% случаев. Тем не менее, риск рецидива кровотечения после успешного эндогемостаза достигает 12–35% при дуоденальных язвах и превышает 40% при желудочных. Иными словами, каждый пятый-десятый пациент после консервативной терапии сталкивается с повторной геморрагией, которая значительно ухудшает прогноз. Именно больные с рецидивирующим кровотечением составляют большинство летальных исходов [1, 4, 6, 8, 10].

Классическая хирургическая тактика при неудаче эндоскопии – экстренная открытая операция (ушивание язвы, резекция и т.д.). Однако открытая операция у ослабленных пациентов с острым кровотечением сама по себе сопряжена с высоким риском осложнений. По данным крупных клиник, общая послеоперационная летальность достигает 8–13%. Оперирование

на фоне геморрагического шока, анемии и коморбидности приводит к частым послеоперационным осложнениям (пневмония, раневая инфекция, сердечно-сосудистые события и др.). Таким образом, существует очевидная потребность в улучшении хирургической тактики – снижении инвазивности вмешательств при сохранении эффективности гемостаза [2, 10].

Минимально инвазивные технологии в неотложной хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются с конца XX века. Лапароскопические операции прочно вошли в практику при перфоративных язвах: лапароскопическое ушивание перфорации с оментопластикой показало сопоставимую с открытой операцией надежность гемостаза при меньшей травматичности. В случае язвенного кровотечения применение лапароскопии до недавнего времени ограничивалось отдельными сообщениями. Основная причина – технические сложности визуализации источника кровотечения и работы в условиях кровоизлияния. Тем не менее, появление эндоскопической техники создает новые возможности. Комбинация лапароскопии и эндоскопии (так называемые гибридные или лапаро-эндоскопические вмешательства) позволяет объединить достоинства обоих методов. В литературе описаны единичные методики гибридного гемостаза, например одновременное выполнение фиброгастроскопии и лапароскопического клипирования сосуда в зоне язвы. Необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности подобных подходов.

Таким образом, актуальной задачей современной хирургии язвенной болезни является внедрение и оптимизация малоинвазивных, гибридных технологий для лечения ЯГДК. Предполагается, что сочетание эндоскопической навигации и лапароскопического гемостаза позволит повысить эффективность остановки кровотечения и снизить травматичность вмешательства, а значит улучшить исходы для пациентов.

Целью данной работы стала разработка и клиническая оценка способа остановки язвенного гастро-дуоденального кровотечения с применением гибридных технологий – путем лапароскопического ушивания кровоточащей язвы под эндоскопическим контролем.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на ретроспективном анализе 114 случаев язвенных гастро-дуоденальных кровотечений, требовавших хирургического вмешательства. Пациенты находились на лечении в хирургических стационарах в период 2018–2024 гг. и были разделены на две группы. Основную группу составили 59 пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание язвы с эндоскопической навигацией (разработанная гибридная методика). Группу сравнения составили 55 пациентов, получивших стандартную неотложную хирургическую помощь – открытое вмешательство (лапаротомия с ушиванием язвы или резекцией). Критериями включения служили: наличие острого язвенного кровотечения Forrest I–IIA, эффективность или неэффективность первичного эндоскопического гемостаза, стабильность гемодинамики после начальной реанимации, отсутствие признаков перфорации язвы. Не включались пациенты с варикозными кровотечениями, синдромом Мэллори–Вейсса, а также больные в крайне тяжелом,

терминальном состоянии (им выполнялись только паллиативные мероприятия).

Средний возраст больных составил $55,8 \pm 4,5$ года (колебания от 28 до 81 года) и не различался между группами ($p > 0,05$). Мужчин было 74 (64,9%), женщин – 40 (35,1%); гендерное распределение по группам сравнимо. Оба поднабора были сопоставимы также по тяжести состояния при поступлении: около 30% пациентов поступили в состоянии геморрагического шока II–III степени, требовавшего интенсивной инфузионной терапии до операции. У 82% выявлены сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ и др.), что отражает типичную популяцию пациентов с язвенными кровотечениями. В основной и контрольной группах доля дуоденальных язв составила 68% и 65% соответственно, желудочных – 32% и 35%. Активное артериальное кровотечение (Forrest IA/IB) имело место у 47 больных (22 в основной, 25 в контрольной), у остальных диагностирован остановившийся, но высокий риск кровотечения (сосуд в кратере язвы, Forrest IIA).

Диагностика основывалась на экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). В первые 2 часа от поступления всем пациентам проводилась ЭГДС, совмещенная с попыткой эндоскопического гемостаза (инъекция адреналина, клипсы, коагуляция – по показаниям). При достижении временной остановки кровотечения проводилось дообследование (лабораторное, КТ ангиография при неясном источнике), после чего пациенты направлялись на плановую оперативную остановку кровотечения в ближайшие 24–48 часов. Если эндоскопически не удавалось купировать кровотечение или возник рецидив – больной экстренно оперировался. Тактика соответствовала общепринятым клиническим рекомендациям.

В основной группе применена разработанная технология: лапароскопическое ушивание язвы под эндоскопическим контролем. Операция выполнялась под наркозом бригадой, включавшей хирурга-лапароскописта и эндоскописта. После создания пневмоперитонеума (12–14 мм рт.ст.) и ревизии брюшной полости, одновременно осуществлялась повторная фиброгастроскопия. Эндоскопист идентифицировал язвенный дефект и ориентировал хирурга – путем трансиллюминации стенки (просветив участок язвы светом эндоскопа) либо путем введения через биопсийный канал метки (например, установка эндоклипсы на слизистую рядом с язвой). Хирург лапароскопически производил ушивание язвы: накладывали серомускулярные швы на стенку органа в проекции язвы, захватывая окружающие ткани для надёжной тампонады источника. При задних дуоденальных язвах выполняли мобилизацию ДПК (манёвр Кохера) для доступа к зоне гастро-дуоденальной артерии снаружи; прошивали артериальную ветвь трансмурально U-образным швом. При необходимости язвенный дефект дополнительно покрывался фрагментом сальника (omento-patch) для усиления гемостаза. Эндоскопический контроль сразу оценивал успех – исчезновение кровотечения, отсутствие просачивания крови в просвет. В случае сохранения кровоточивости эндоскопист мог дополнительно выполнить инъекцию склерозанта изнутри, пока хирург производил компрессионный шов. После убедившегося гемостаза операция завершалась санацией

брюшной полости и удалением инструментов. Конверсия на лапаротомию планировалась в резерве при неудаче лапароскопии.

В группе сравнения выполнялись стандартные открытые операции. При дуоденальных язвах выполняли продольную дуоденотомию с прошиванием сосудистого пучка в основании язвы (прошивание гастродуоденальной артерии) и последующей поперечной пилородуоденопластикой. При локализации язвы желудка операция зависела от размера и локализации язвы: у большинства производилось ушивание язвенного дефекта с наружной тампонадой сальником; в 5 случаях крупных каллезных язв малой кривизны выполнена резекция антрального отдела желудка. Операции выполнялись без искусственной гипотермии и без искусственного гипотензивного контроля – кровотечения контролировали традиционными методами (прожигание, лигирование сосудов). Средняя продолжительность открытых вмешательств составила ~70 минут. В некоторых случаях, при тяжёлом состоянии и продолжающемся кровотечении, ограничивались только ушиванием язвы без ваготомии, откладывая радикальную операцию на более поздний период. Во всех случаях операции носили органосохраняющий характер (резекции строго по показаниям как крайнему средству).

В послеоперационном периоде все пациенты обеих групп получали интенсивную терапию: восполнение объёма крови, внутривенное введение высоких доз ингибиторов протонной помпы, антибиотикопрофилактику. Проводился мониторинг гемодинамики и контроль гемоглобина через каждые 6–8 часов в первые сутки. При подозрении на продолжающееся или повторное кровотечение немедленно выполнялась экстренная контрольная гастроскопия и при подтверждении – повторное эндоскопическое вмешательство или релапаротомия. После стабилизации пациенты обследовались на *N.pylori*; при положительном тесте началась эрадикационная терапия. Критериями оценки результатов послужили: время операции (мин), интраоперационная кровопотеря (мл), необходимость переливания компонентов крови, частота и структура послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре (сут), частота рецидива кровотечения, летальность. Осложнения классифицировали по Clavien-Dindo; учитывались любые нежелательные события вплоть до 30 дней после операции. Статистическую обработку проводили с использованием пакета STATISTICA 10; сравнение долей – методом χ^2 или точного критерия Фишера, количественных параметров – *t*-критерием Стьюдента; отличие считали значимым при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В основной группе предложенная гибридная тактика позволила успешно остановить кровотечение во всех случаях. Лапароскопический этап был завершён без конверсии у 56 из 59 пациентов (94,9%). У 3 больных (5,1%) потребовалось расширение доступа до лапаротомии: в 2 случаях – из-за технических затруднений визуализации (тотальное заполнение желудка сгустками, неэффективность аспирации), в 1 случае – из-за интраоперационного ухудшения гемодинамики (прогрессирование шока, потребовавшее быстрого ручного контроля сосуда). Тем не менее, даже в этих случаях применён

комбинированный подход: эндоскопия выполнялась интраоперационно, что облегчило хирургу поиск источника и контроль гемостаза. В группе сравнения кровотечение также было купировано у 100% пациентов средствами открытой хирургии. Таким образом, непосредственная эффективность операций в плане остановки кровотечения оказалась одинаково высокой в обеих тактиках. Это свидетельствует, что лапароскопическое ушивание при соответствующей квалификации способно обеспечить надёжный гемостаз, сопоставимый с открытым вмешательством, даже при столь грозной ситуации как профузное язвенное кровотечение.

Средняя продолжительность операции в основной группе составила 82 ± 15 мин, что несколько превышало показатель в группе сравнения – 68 ± 12 мин ($p > 0,05$). Увеличение времени связано с этапом наложения троакаров и необходимостью координации эндоскопической и лапароскопической бригад. Тем не менее разница не достигла статистической значимости. В ряде случаев параллельное выполнение эндоскопии позволило сэкономить время на ревизию – хирург сразу переходил к ушиванию язвы, идентифицированной эндоскопистом. Таким образом, по длительности гибридное вмешательство лишь незначительно уступает открытому и может считаться достаточно быстрым, если выполняется опытной командой.

Интраоперационная кровопотеря при лапароскопических вмешательствах была даже ниже, чем при открытых: в среднем 180 мл против 230 мл ($p > 0,05$). На это повлиял тампонирующий эффект пневмоперитонеума: повышение внутрибрюшного давления уменьшает кровоток из поврежденных сосудов. Соответственно, потребность в гемотрансфузии в основной группе оказалась ниже: 37% пациентов потребовали переливания компонентов крови, тогда как в контрольной группе – 49% ($p > 0,1$). Хотя разница статистически незначима, тенденция отражает потенциальное преимущество лапароскопии в снижении кровопотери.

Важнейшим показателем эффективности является частота рецидива кровотечения. В основном сегменте произошёл рецидив язвенного кровотечения в раннем послеоперационном периоде только у 1 из 59 пациентов (1,7%). Этот пациент имел большую кривизны желудка диаметром 2 см с выраженным атеросклерозом сосудов; спустя 12 часов после лапароскопического ушивания у него возник повторный кровавый рвотный эпизод. Была выполнена экстренная гастроскопия с клипированием повторно кровящего сосуда, после чего кровотечение было окончательно остановлено, и пациент успешно выписан. В группе сравнения рецидив кровотечения произошел у 3 из 55 (5,5%) пациентов. Двое из них оперировались по поводу задней язвы ДПК (после открытого ушивания и ваготомии повторное кровотечение возникло через сутки; потребовалась повторная лапаротомия и прошивание другого участка артерии), еще у одного – при язве желудка на фоне портальной гипертензии (кровотечение возобновилось на 3-и сутки, остановлено повторной эндоскопией). Хотя численно рецидивы в контрольной группе встречались чаще, различие не достигло статистической значимости ($p = 0,37$) ввиду относительно небольшого объема выборки.

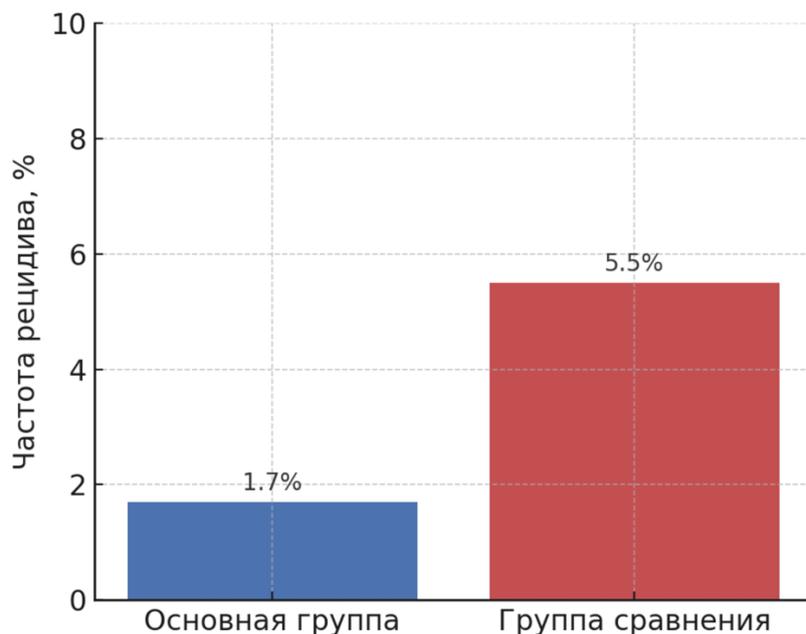


Рис. 1. Сравнительная частота рецидива язвенного кровотечения в группах (% пациентов). Основная группа продемонстрировала меньшую долю рецидивов по сравнению со стандартным лечением

Таблица 1. Структура послеоперационных осложнений в сравниваемых группах (абс. число случаев и процент от числа пациентов в группе)

Вид осложнения	Основная группа (n=59)	Группа сравнения (n=55)
Инфекция операционной раны	0 (0%)	4 (7,3%)
Пневмония	2 (3,4%)	3 (5,5%)
Рецидив кровотечения	1 (1,7%)	2 (3,6%)
Кардиоваскулярные осложнения	1 (1,7%)	1 (1,8%)
Другие (парез кишечника, др.)	1 (1,7%)	1 (1,8%)
Всего осложнений	5 (8,5%)	11 (20,0%)

Тем не менее, тенденция к снижению частоты повторных кровотечений при использовании гибридной технологии заслуживает внимания. Возможное объяснение – более тщательный обзор и коагуляция мелких источников кровотечения под двойным контролем (эндоскоп+лапароскоп), тогда как при открытой тактике некоторый мелкий сосуд мог остаться незамеченным. Также все пациенты основной группы получили интенсивную противоязвенную терапию, что снизило риск рецидива. В будущих исследованиях на больших выборках ожидается получение статистически значимого преимущества нового метода по этому критерию.

Как видно из диаграммы на рис. 1, частота рецидивов кровотечения в основной группе ниже, чем в контрольной (1,7% vs 5,5%). Это отвечает клиническим ожиданиям: после лапароскопического ушивания ни один пациент не потребовал повторной операции (единичный рецидив был купирован эндоскопически), тогда как после открытых вмешательств двум пациентам (3,6%) потребовалась повторная операция по неотложным показаниям. Таким образом, применение малоинвазивного подхода не увеличивает риск повторных кровотечений, а напротив, может способствовать более радикальному гемостазу за счет сочетания методов.

Послеоперационные осложнения наблюдались значительно реже у пациентов, перенесших лапароскопию с эндонавигацией. Общая частота осложнений

составила 8,5% (5/59) в основной группе против 20,0% (11/55) в группе сравнения ($p < 0,05$). Структура осложнений представлена в табл. 1. В основной группе не зафиксировано ни одного гнойно-септического осложнения со стороны операционной раны, тогда как после лапаротомий инфекции области хирургического вмешательства возникли у 4 пациентов (7,3%, $p < 0,05$). Отсутствие ранних раневых инфекций при лапароскопическом доступе соответствует данным мировой литературы. Меньшая травма передней брюшной стенки и отсутствие большого разреза существенно снижают риск суппurations. Кроме того, лапароскопия исключает образование больших гематом в ране, что также уменьшает вероятность инфицирования.

Еще одно преимущество малоинвазивного подхода – более редкие легочные осложнения. После лапароскопии пневмония развилась у 2 (3,4%) больных, тогда как после открытых операций – у 3 (5,5%), хотя разница статистически не значима. Меньшая боль и более ранняя активизация пациентов после лапароскопии способствуют лучшей вентиляции легких и отхаркиванию, предотвращая гипостатические явления. Кардиальные осложнения (острые коронарные события, нарушения ритма) были единичными и встречались с равной частотой в обеих группах (по 1 случаю), главным образом у больных старше 70 лет с ишемической болезнью сердца в анамнезе. Наконец, развитию паралитической кишечной непроходимости удалось в целом избежать; выраженный послеоперационный па-

рез кишечника наблюдался только у 1 пациента после лапаротомии (требовал пролонгированного зондирования желудка более 3 суток).

Таким образом, гибридная лапароскопическая технология продемонстрировала более благоприятный профиль безопасности. Особенно заметно снижение гнойных и раневых проблем, что логично вследствие минимальной травмы покровов. Полученные цифры согласуются с известными преимуществами лапароскопии при осложненной язвенной болезни. По данным мета-анализов, при лапароскопическом лечении перфоративных язв частота инфекционных осложнений и послеоперационной боли достоверно ниже, чем при лапаротомии, при сходной эффективности вмешательства. Наши результаты расширяют эти наблюдения на ситуацию язвенного кровотечения.

Длительность госпитализации напрямую зависит от тяжести состояния и наличия осложнений. В основной группе средний срок пребывания в стационаре составил $8,2 \pm 2,1$ дня, что значительно меньше, чем $10,5 \pm 3,0$ дня в группе сравнения ($p < 0,01$). Быстрое восстановление после лапароскопии позволило раньше перевести пациентов на амбулаторное долечивание. Так, 50% больных основной группы были выписаны уже к 7-му дню, тогда как в контрольной группе медиана пребывания составила 9 дней. Сокращение койко-дня не только повышает комфорт пациентов, но и имеет экономическое значение, снижая затраты на лечение.

Важнейшим исходом является летальность. В исследуемой когорте отмечено 5 летальных исходов (4,4%). В основной группе скончался 1 пациент (летальность 1,7%), в контрольной – 4 (летальность 7,3%). Хотя разница не достигает статистической значимости ($p = 0,18$), тенденция к снижению летальности при малоинвазивной тактике очевидна. Единственный летальный случай в основной группе произошел у 79-летнего пациента с массивным кровотечением из язвы ДПК на фоне сочетанной патологии (тяжелый ИБС, ХПН); несмотря на успешно выполненный гибридный гемостаз, через 2 дня развился инфаркт миокарда и полиорганная недостаточность. В группе открытых операций причины смерти были следующие: у двух больных – полиорганная недостаточность на фоне необратимого геморрагического шока, еще у двух – тяжелые послеоперационные осложнения (прогрессирование двусторонней пневмонии и ТЭЛА). Следует отметить, что наиболее тяжелые, нестабильные пациенты чаще попадали в группу открытых вмешательств ввиду невозможности выдержать время на лапароскопию – данный факт несколько смещает показатели летальности не в пользу контрольной группы. Тем не менее, общий тренд к снижению риска смерти при использовании менее инвазивного вмешательства соответствует современной концепции щадящей хирургии. Малоинвазивная тактика позволяет выиграть время для стабилизации, минимизирует операционный стресс, что особенно важно для пожилых и ослабленных пациентов.

Обсуждая результаты, следует остановиться на ограничениях гибридной методики. Как показал опыт, решающим фактором является стабильность гемодинамики. Если пациент поступает в состоянии глубокого шока, попытка лапароскопии может быть

опасной – пневмоперитонеум ухудшает венозный возврат и сердечный выброс. В таких ситуациях предпочтительнее сразу выполнять лапаротомию в рамках «damage control surgery» без затягивания времени. В нашем исследовании преимущественно оперировались больные после начальной интенсивной терапии, когда АД стабилизировано. Таким образом, гибридная технология показана, прежде всего, стабильным или условно стабильным пациентам. При декомпенсации гемодинамики во время лапароскопии хирург должен быть готов немедленно конвертировать доступ.

Еще одно ограничение – техническая оснащенность и опыт команды. Гибридная операция требует одновременной работы эндоскописта и лапароскопической бригады, что возможно только в условиях хорошо оснащенной клиники. Необходима слаженность действий и навыки лапароскопического шва на полых органах. Кривая обучения может быть существенной: первые 5–10 операций потребовали больше времени (до 110–130 мин) и большей поддержки со стороны наставников. Однако уже после ~10 вмешательств продолжительность и результаты стабилизировались, что говорит об эффективной обучаемости методике. В перспективе централизованные курсы и тренинги помогут шире внедрить данный опыт.

С точки зрения экономической и социальной эффективности, предложенный гибридный подход выглядит привлекательным. Снижение осложнений и сокращение госпитализации непосредственно уменьшает затраты на лечение. Более быстрое восстановление трудоспособности пациентов позитивно сказывается на их качестве жизни. Таким образом, новая тактика обладает не только медицинскими, но и существенными ресурсными преимуществами.

На рисунке 1 представлена предлагаемая алгоритмическая схема ведения пациентов с язвенными кровотечениями. Алгоритм отражает активную индивидуализированную тактику, подкрепленную результатами нашего исследования. Так, при поступлении пациента с признаками ЯГДК проводится экстренная эндоскопия с одновременной реанимацией. Если эндоскопический гемостаз успешен и состояние стабилизируется, продолжается консервативное лечение (инфузии, ИПП) и планируется отсроченное радикальное вмешательство (например, ваготомия или резекция) в оптимальные сроки. Если же кровотечение продолжается или рецидивирует, показана неотложная операция. На данном этапе, при наличии технической возможности, рекомендуется выполнять лапароскопическую операцию с эндоскопической навигацией – как было опробовано в основной группе. Такая гибридная тактика обеспечивает высокую вероятность остановки кровотечения при минимальной инвазии. Если же лапароскопический гемостаз не достигается или пациент нестабилен, производится конверсия в открытую операцию, что соответствует стандартному подходу. Дальнейшее ведение включает интенсивную терапию, наблюдение и профилактику рецидивов (эрадикация *H. pylori*, назначение ИПП длительным курсом). Представленный алгоритм сочетает современные малоинвазивные технологии с классическими принципами лечения и может служить основой для протоколов ведения язвенных кровотечений.



Рис. 1. Алгоритм лечебной тактики при язвенном гастроудоденальном кровотечении

Косвенно наши данные согласуются с тенденциями, отмеченными при лапароскопическом лечении других осложнений язвенной болезни. Например, при перфоративных язвах уже показано снижение частоты раневых инфекций и послеоперационной боли при лапароскопии без увеличения риска неудач или смертности. Мы наблюдали аналогичные преимущества в контексте кровотечений – меньше осложнений при сохранении надежности гемостаза. Также известно, что отказ от нецелесообразно обширных операций в экстренной ситуации (принцип damage control) улучшает выживаемость при язвенных кровотечениях. Гибридная тактика как раз и реализует этот принцип: останавливается кровотечение наиболее щадящим способом, а более радикальные меры (если нужны) выполняются позже, на фоне стабильного состояния. Совокупность полученных фактов указывает, что лапароскопическо-эндоскопический метод может и должен занять достойное место в алгоритме оказания помощи при ЯГДК.

Выводы:

1. Язвенные гастроудоденальные кровотечения остаются грозным осложнением, характеризующимся высокой летальностью и частыми рецидивами. Необходим поиск новых подходов, снижающих инвазивность и улучшающих результаты неотложного хирургического лечения.

2. Разработана гибридная тактика остановки язвенного кровотечения, сочетающая лапароскопическое ушивание язвы с одновременной эндоскопиче-

ской навигацией. Применение данной методики в клинической практике продемонстрировало ее техническую осуществимость и эффективность гемостаза, сопоставимую со стандартной операцией.

3. По сравнению с открытым вмешательством, лапароскопический гемостаз под эндоскопическим контролем позволил достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений (8,5% vs 20,0%), сократить среднюю длительность госпитализации (8 vs 10 дней) и потенциально уменьшить летальность (1,7% vs 7,3%). Гибридная операция не увеличивает риск рецидива кровотечения (1,7% vs 5,5%) при условии правильного отбора пациентов.

Литература:

1. Laine L., Jensen D.M. Management of patients with ulcer bleeding. // *Am J Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 107(3). – P. 345–360.
2. Sung J.J.Y., Chan F.K.L., Chen M. et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. // *Gut.* – 2011. – Vol. 60(9). – P. 1170–1177.
3. Lanas A., García-Rodríguez L.A., Polo-Tomás M. et al. The changing face of hospitalisation due to gastrointestinal bleeding and perforation. // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2011. – Vol. 33(5). – P. 585–591.
4. Rizaev J. A., Vohidov E. R., Nazarova N. S. The importance of the clinical picture and development of the condition of periodont tissue diseases in pregnant women // *Central Asian Journal of Medicine.* – 2024. – №. 2. – С. 85-90.
5. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. // *Gut.* – 1996. – Vol. 38(3). – P. 316–321.
6. Hearnshaw S.A., Logan R.F.A., Lowe D. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. // *Gut.* – 2011. – Vol. 60(10). – P. 1327–1335.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Мизамов Ф.О., Рахманов Ф.С., Шоназаров И.Ш.

Резюме. В статье представлен анализ эффективности новой гибридной методики хирургического лечения гастроудоденальных язвенных кровотечений, основанной на сочетании лапароскопического ушивания кровоточащей язвы с эндоскопической навигацией. На основе данных 114 пациентов (59 — основная группа, 55 — группа сравнения) показано, что предложенная технология обеспечивает надежный гемостаз, снижает частоту послеоперационных осложнений, сокращает длительность госпитализации и демонстрирует тенденцию к снижению летальности по сравнению с традиционным открытым вмешательством. Полученные результаты подтверждают целесообразность широкого внедрения гибридных технологий в неотложной хирургии язвенных кровотечений.

Ключевые слова. Язвенное кровотечение, лапароскопия, гибридная хирургия, эндоскопическая навигация.