

## QANAXMA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ MİNİ-İNVAZİV ENDOCƏRRAHİYYƏ MÜALİCƏ METODLARININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ

<sup>1</sup>Qasimov N.A., <sup>2</sup>Hacıyeva A.E.\*

<sup>1</sup>Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,

Ümumi və plastik cərrahiyyə kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

<sup>2</sup>Sabunçu Tibb Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Qanaxma ilə ağırlaşan onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi zamanı mini-invaziv endocərrahi müdaxilələr əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinin, ağırlıq dərəcəsinin və letallığı (2,5%-dən 0%-ə qədər) azalması ilə müşayiət olunur. Bu metodların tətbiq edilməsi ənənəvi "açıq" cərrahi metodlarla müqayisədə əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərinin (19,7±5,9-dan 12,5±4,7 günə) və əməliyyatdan sonrakı reabilitasiya dövrünün davam etmə müddətinin (35,5±5,8-dən 18,4±3,6 günə qədər) nəzərəcarpan dərəcədə azalmasına gətirib çıxarır. Mini-invaziv endocərrahi əməliyyatların həyata keçirilməsi turşu-peptik faktorun aqressivliyinin adekvat azalmasına, əksər xəstələrdə mədənin motor-evakuator funksiyasının bərpa edilməsinə səbəb olur, qanaxma ilə ağırlaşan onikibarmaq bağırsağın xorası olan xəstələrin müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələrinin nəzərəcarpan dərəcədə yaxşılaşması ilə müşayiət olunur.

**Açar sözlər:** gastroduodenal xora, qanaxma, mini-invaziv endocərrahi müalicə, müasir aspektləri.

**Tədqiqatın aktuallığı.** Son illər onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin statistik dürüst artması müşahidə edilir [6, 9, 10]. Bu da həmin patologiyadan əziyyət çəkən xəstələr arasında fəsadlaşmış formaların sayının artmasına səbəb olur.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən gastroduodenal qanaxma onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin ən çox rast gəlinən təhlükəli ağırlamalarından hesab edilərək, həmin xəstələrin 5-15%-də qeydə alınır [3, 7, 8, 11].

Video-endocərrahi metodların tətbiqi qanaxma ilə ağırlaşan gastroduodenal xoranın müalicəsində yeni yanaşmalar işlənib hazırlanmasına gətirib çıxardı [1, 4, 5, 12, 13]. Ədəbiyyat mənbələrində videolaparoskopik ikitərəfli köyük diafraqmaaltı endoskopik vaqotomiya və mini kəsikdən piloroplastikanın aparılması haqqında məlumatlara rast gəlinir [9]. E.V.Luseviç, E.N.Prazdnikov 2002-ci ildən onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin müalicəsində selektiv proksimal videolaparoskopik vaqotomiyadan istifadə etmişlər [15]

Bizim fikrimizcə, qanaxma ilə ağırlaşan onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin müalicəsinin nəticələrinin gələcək perspektivlərinin yaxşılaşdırılmasının əsasını videolaparoskopik tədbirlərlə müştərək (bu və ya digər vaqotomiya üsulları) icra edilən mini-invaziv (qanaxmanın saxlanması üçün minilaparotomoya və piloroplastika) endocərrahi metodların işlənib hazırlanması və tətbiq edilməsi təşkil edir. Lakin əldə etdiyimiz ədəbiyyat mənbələrində belə məlumatlara nadir hallarda rast gəlinmişdir, gastroduodenal qanaxma ilə ağırlaşan onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin cərrahi müalicəsində videolaparoskopik və

\*e-mail: [haciyeva2018@icloud.com](mailto:haciyeva2018@icloud.com)

minilaparotom müdaxilənin istifadə edilməsilə müştərək müalicə metodunun seçimi, bu əməliyyatlara göstərişlər və əks göstərişlər məsələsi öz həllini tapmamış qalmaqdadır. Bunları nəzərə alaraq, bizim tədqiqatın məqsəd və vəzifələri müəyyən edilmişdir.

**Tədqiqatın məqsədi** mini-invaziv endocərrahi metodların işlənib hazırlanması və tətbiq edilməsi hesabına gastroduodenal qanaxmalarla ağırlaşmış onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasıdır.

**Tədqiqatın material və metodları.** Tədqiqat işi 2008-ci ildən 2022-ci ilə qədər olan qanaxma ilə ağırlaşan onikibarmaq bağırsağ və mədə xorası olan 75 xəstənin müalicəsinin nəticələrinə əsaslanmışdır. Əsas qrupda qanaxma ilə fəsadlaşmış mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi olan 75 xəstədən 35 (46,7%) xəstəyə mini-invaziv videolaparoskopik əməliyyatlar aparılmışdır. Müqayisə qrupunda isə 40 (53,3%) xəstəyə ənənəvi açıq üsulla (laparatom kəsiklə) əməliyyatlar icra edilmişdir. Bütün xəstələr hərtərəfli klinik müayinədən keçirilmişdir. Xəstəxanaya müraciət zamanı xəstələrin klinik və obyektiv müayinəsində xəstələrin şikayətlərinə, xəstəlik anamnezinə fikir verilmişdir. Qanaxma ilə ağırlaşan xəstələrin müayinə metodlarına ümumi klinik, laborator, rentgenoloji, ultrasəs və endoskopik müayinə, eləcə də mədənin turşu ifraz etmə və motor-evakuator funksiyasının müayinə metodları daxil edilmişdir. Klinik və laborator müayinələrdən alınmış nəticələrin statistik işlənməsi müasir tələblər nəzərə alınaraq tibbi statistika üsulları ilə aparılmışdır [2].

Bütün hesablamalar EXCEL elektron cədvəlinə

aparılmış, nəticələr cədvəllərdə və diaqramlarda cəmləşdirilmişdir

Xəstələrdən 67 (89,3%) kişi, 8 (10,7%) qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşı 18-84 civarında dəyişmiş, orta yaş həddi  $38,1 \pm 2,0$  yaş olmuşdur. Kişi cinsindən olan xəstələr üstünlük təşkil etmişdir. Hər iki qrupda xora anamnezi ilk dəfə aşkarlanan 13 (17,3%) xəstədə, 1 ilə qədər olan 35 (46,7%) xəstədə, 1ildən 5 ilə qədər 13 (17,3%) xəstədə, 6 ildən 10 ilə qədər 9 (12,0%) xəstədə, 10 ildən yuxarı 5 (6,7%) xəstədə olmuşdur. Xora anamnezinin orta davamətmə göstəricisi  $12,44 \pm 4,7$  il qeydə alınmışdır. 75 (100%) xəstədən 18 (24,0%) xəstə stasionara xəstəlik başlandıqdan sonra ilk 6 saat ərzində, 2 (2,7%) xəstə xəstəlik başlandıqdan sonra 6-12 saat ərzində, 7 (9,3%) xəstə 12-24 saat ərzində, 2 (2,7%) xəstə 24-48 saat, 46 (61,3%) xəstə 48 saatdan çox müddət ərzində qəbul edilmişdir. 13 (17,3%) xəstədə ağırlıq dərəcəsi müxtəlif olan yanaşı xəstəliklər aşkarlanmışdır. Əsas qrupda yanaşı xəstəliklər 5 (14,3%), müqayisə qrupunda 8 (20,0%) ( $p > 0,05$ ) xəstədə müəyyən olunmuşdur.

I dərəcə – yüngül qanitirmə: 15 (20,0%) xəstədə (xəstənin ümumi vəziyyəti kafidir, zəif taxikardiya (100 vurğu/dəq.), A/T – normaya yaxın, Hb – 100 q/l, mərkəzi venoz təzyiq (MVT) – 5-15 mm su st, diurez azalmayıb, dövr edən qanın kütləsi (DQK) defisiti – 20%-ə qədər, metabolik asidoz yoxdur), II dərəcə – orta dərəcədə qanitirmə: 57 (76,0%) xəstədə (xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqda, nəbz – 120 vurğu/dəq, sistolik A/T – 80 mm c.süt-dan aşağı olmur, Hb – 100-80 q/l, DQK-nin defisiti – 20-29%, zəif oliquriya, kompensə olunan metabolik asidoz), III dərəcə – ağır qanitirmə: 3 (4,0%) xəstədə (xəstənin vəziyyəti ağırdır; nəbz – 1dəqiqədə/120 vurğudan yuxarı, A/T – 80 mm c.süt-dan aşağı, MVT – 0, oliquriya, Hb – 80 q/l-dən az, DQK-nin defisiti – 30% və çox, metabolik və respirator asidoz) qeydə alınmışdır.

Müayinə qruplarında qanaxma ilə fəsadlaşmış xəstələrdə xoranın yerləşməsi (lokalizasiyası) H.D. Johnson (1965), V.N. Çernışov və həmmüə. (1993) tərəfindən modifikasiya olunmuş mədə xoralarının təsnifatına görə [13]: I tip xora – 6 xəstədə, II tip – onikibarmaq bağısaq xorası 63 xəstədə, III tip – pilorik həlqənin və ya pilorik zonanın xoraları – 4 pasiyentdə, gastroenteroanastomozun (QEA) qanaxan peptiki xorası – 2 pasiyentdə rast gəlinmişdir.

Hər iki tədqiqat qrupunda IV və V tip, əsas qrupda isə I tip mədə xorası olan xəstələr olmamışdır.

Mədə xorasının lokalizasiyasının təhlili zamanı xora defektinin ən çox pilorik hissədə yerləşməsinin üstünlük təşkil edildiyi göstərilmiş, 6 (8,0%) xəstədə aşkar edilmişdir.

Onikibarmaq bağırsağ xoraları təhlil edildikdə, duodenal soğanağın ön divarında xora defekti daha çox qeydə alınmış, 41 (65,1%) xəstədə aşkar edilmişdir. Xora mənşəli qanaxmaların diaqnostikasında, J.A. Forrest-in (1974) endoskopik təsnifatına əsasən xəstəliyin ağırlıq dərəcələri təyin edilmişdir [14]: FI A – 9 xəstə, FI B – 7 xəstə, FII – 2 xəstə, FIIA – 16 xəstə, FIIB – 13 xəstə, FIIC – 10 xəstə, FIII – 5 xəstə.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Tədqiqat qrupunda xora mənşəli qastroduodenal qanaxması olan 75 xəstəyə müalicə aktiv-fərdi taktikaya uyğun olaraq aparılmışdır. 75 xəstədən 23 (30,7%) xəstədə davam edən qanaxma qeyd edilmişdir. Endoskopik hemostaz cəhdləri bu xəstələrin hamısında nəticəsiz olduğu üçün təcili olaraq əməliyyat olunmuşdur. 52(69,3%) xəstədə qanaxma ya öz-özünə, ya da endoskopik manipulyasiya da daxil olmaqla kompleks konservativ müalicənin təsiri nəticəsində dayanmışdır. Dərman müalicəsinə hemostatik terapiya, homeostazın korreksiyası və xora əleyhinə müalicə daxil edilmişdir. Hemostatik məqsəd üçün təzə dondurulmuş və antihemofil plazma, ehtiyac olduğu təqdirdə, eritrosit kütləsi, həmçinin vikasol venadaxili (1% – 3ml), kalsium xlorid (venadaxili yavaş-yavaş 10% – 10ml), etamsilat natri (12,5% – 4 ml venadaxili, sonra hər 6 saatdan bir 2 ml venadaxili) təyin edilmişdir. Endoskopik hemostaz məqsədilə:

- xoranın kənarlarına 1-2 ml 70°-li spirtdən, damarları büzüşdürən dərmanlardan - noradrenalin və s.
- diatermokoagulyasiya,
- xoranın üzərinə – hemostatik aplikasiya və plyonka əmələ gətirən preparatlardan və s istifadə olunmuşdur.

Xəstəxanada qanaxma dayandırıldıqdan sonra 23 xəstədən 5-də (21,7%) 1-5 günlər ərzində residiv qanaxma baş vermişdir. Bütün xəstələr təcili olaraq əməliyyat olunmuşdur. Qanaxma ilə ağırlaşan mədə və onikibarmaq xorası olan 75 xəstədən 40 (53,3%) xəstəyə ənənəvi açıq usulla(laparatom kəsiklə) cərrahi müdaxilə aparılmışdır. 35 (46,7%) xəstəyə mini kəsikdən istifadə etməklə mədə rezeksiyası, piloro-plastika ilə yanaşı vaqotomiyanın laparoskopik

variantını özündə birləşdirən mini-invaziv endocərrahi əməliyyat aparılmışdır.

Nəzarət qrupunda davam edən mədə-onikibarmaq bağırsağ qanaxmasına görə 15 (37,5%), residiv mədə-onikibarmaq bağırsağ qanaxmasına görə isə 25 (62,5%) xəstəyə cərrahi müdaxilə icra olunmuşdur. Bilrot-II üsulu ilə mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası 25 xəstəyə; Bilrot-I üsulu ilə mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası – 2 xəstəyə; kötük vaqotomiya (KV), Heynek-Mikulic üsulu ilə piloroplastika – 4 pasiyentə; selektiv proksimal vaqotomiya (SPV), arxa QEA, N.F.Çernousov üsulu ilə fundoplikasiya – 3 xəstəyə; SPV, Cadd üsulu ilə drenləşdirici əməliyyat – 2 xəstəyə; SPV, Finney üsulu ilə piloroplastika – 2; SPV, Cabuley üsulu ilə piloroplastika – 1; qastrotonomiya, xoranın kəsilib götürülməsi, qanayan damarın tikilib bağlanması – 1 xəstəyə icra olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı ölüm 2,5% (qanaxmaya görə əməliyyat olunan 40 xəstədən 1-i ölmüşdür), qastroduodenal qanaxmalarda ümumi ölüm 1,3% (75 xəstədən 1-i ölmüşdür) təşkil etmişdir. Ölümün səbəbi kəskin ürək-damar çatışmazlığı olmuşdur.

Müalicənin gedişatında qanaxma ilə ağırlaşmış qastroduodenal xora xəstəliyi olan 35 (46,7%) xəstəyə laparoskopik müdaxilələr aparılmışdır:

- mini-invaziv endocərrahi metoddan istifadə etməklə – laparoskopik kötük vaqotomiya (LKV), mini kəsikdən xoranın kəsilib götürülməsi, Heynek-Mikulic üsulu ilə piloroplastika – 7 xəstə;
- LKV, mini kəsikdən xoranın kəsilib götürülməsi, Finney üsulu ilə piloroplastika – 3 xəstə;
- LKV, mini kəsikdən xoranın kəsilib götürülməsi, Cadd üsulu ilə piloroplastika – 5 xəstə;
- LKV, mini kəsikdən xoranın kəsilib götürülməsi, Cabuley üsulu ilə piloroplastika – 3 xəstə;
- LKV, xoranın ekstraduodenizasiyası, mini kəsikdən piloroplastika – 5 xəstə,
- laparoskopik medikamentoz-termik SPV, xoranın Holle-2 üsulu ilə kəsilib götürülməsi, mini kəsikdən piloroplastika – 5 xəstə;
- laparoskopik medikamentoz-termik SPV, xoranın Holle-2 üsulu ilə ekstraduodenizasiyası, mini kəsikdən piloroplastika – 3 xəstə;
- laparoskopik distal rezeksiya B-II-4 xəstə.

Əsas qrupda davam edən mədə-onikibarmaq bağırsağ qanaxmasına görə 8 (22,8%), residiv mədə-onikibarmaq bağırsağ qanaxmasına görə isə 27

(77,2%) xəstəyə cərrahi müdaxilə icra olunmuşdur. Əsas qrupda letal nəticə olmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, laparoskopik vaqotomiya ilə yanaşı piloroplastikanın mini kəsikdən icrasının orta davametmə müddəti  $125,4 \pm 15,6$  dəqiqə, ənənəvi, açıq əməliyyatlardan istifadə edərkən bu müddət müvafiq olaraq  $98,6 \pm 9,7$  dəqiqə təşkil etmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Müalicənin yaxın nəticələri əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların baş vermə tezliyi, əməliyyatdan sonrakı cərpəyi günlərinin, reabilitasiya dövrünün davam etmə müddəti, əməliyyatdan sonrakı dövrdə mədə ifrazatının (sekresiyasının) nəticələrinin təyin edilməsinə, mədənin motor-evakuator funksiyasının öyrənilməsinə, ezofaqogastroduodenoskopiya göstəricilərinin qiymətləndirilməsinə əsaslanaraq öyrənilmişdir. Standart cərrahi müdaxilə metodlarından istifadə edərkən aşağıdakı intraoperativ və postoperativ ağırlaşmalar qeydə alınmışdır:

Videolaparoskopik medikamentoz-termik SPV aparıldıqda, 1 (2,8%) xəstədə kiçik əyriliyin xırda damarlarının zədələnməsi nəticəsində kiçik piylikdə hematomanın əmələ gəldiyini aşkar etdik. Əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə, mini-invaziv əməliyyatlar aparılarkən 1 (2,8%) xəstədə, paraumbilikal nahiyədə troakar yerləşdiyi sahədə hematomalar müəyyən edilmişdir, sonra isə hematomalarda irinləmə müşahidə edilmişdir. Yara kənarları aralanmış, irinli yaraların müalicəsinin ümumi prinsiplərinə uyğun olaraq yerli müalicə aparılmış və sağalma baş vermişdir. 1 (2,8%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı pnevmoniya inkişaf etmişdir. 1 (2,8%) xəstədə onikibarmaq bağırsağın arxa divarı xorasının ekstraduodenizasiyasından və kötük vaqotomiyasından sonra residiv qanaxma baş vermişdir. Qanaxmanın mənbəyi piloroduodenal zonanın ön divarındakı piloroplastika nahiyəsindən olmuşdur. 2 (5,7%) xəstədə vaqotomiyadan sonrakı qastrostaz inkişaf etmiş və konservativ tədbirlərlə aradan qaldırılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə mini-invaziv endocərrahi üsullardan istifadə edilən xəstələrdə mədənin turşu ifraz etmə qabiliyyətinin nəzərəçarpan dərəcədə azalması, bazal fazada  $58,7 \pm 5,6\%$ -ə, stimullaşdırılmış fazada isə  $51,1 \pm 4,9\%$ -ə çatması qeydə alınmışdır.

Ənənəvi cərrahi müdaxilələrə məruz qalan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrün gedişatı aşağıdakı xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunmuşdur: 3 (7,5%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı yaranın irinlən-

məsi və seroması inkişaf etmişdir. 1 (2,5%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı pnevmoniya, 1 (2,5%) xəstədə qastroduodenotomiyanın yetərsizliyi və əməliyyatdan sonrakı peritonit baş vermişdir. Yanaşı gedən koronar patologiyanın təzahürü olaraq kəskin ürək-damar poliorqan çatışmazlığı 1 (2,5%) xəstədə qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı letallıq 1 (2,5%) xəstədə, postvaqotomik qastrostaz 2 (5,0%) xəstədə qeydə alınmışdır (nəzarət qrupu). Ənənəvi cərrahi müdaxilələr icra edilən xəstələrdə əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyi 22,5%, mini-invaziv endocərrahi müdaxilə icra edilən xəstələrdə əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyi 20,0% təşkil etmişdir.

Beləliklə, ənənəvi əməliyyatlarla müqayisədə mini-invaziv endocərrahi müdaxilələrdən sonrakı dövr ağırlaşmaların tezliyi və ağırlıq dərəcəsinin azalması ilə xarakterizə olunmuşdur.

Ənənəvi “açıq” əməliyyat keçirən xəstələrdə stasionarda qalma müddəti, orta hesabla  $19,7 \pm 3,8$ , mini-invaziv metodlarla əməliyyat olunan xəstərdə isə  $12,5 \pm 2,6$  çarpayı günü təşkil etmişdir ( $p < 0,05$ ). Bu isə mini-invaziv metodlarla aparılmış əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinin, ağırlıq dərəcəsinin, letallığın aşağı düşməsi, cərrahi trav-

matizminin azalması ilə əlaqədardır. Onikibarmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmalarında mini-invaziv müdaxilələrin tətbiqi ənənəvi “açıq” əməliyyatlardan sonrakı dövrlə müqayisədə reabilitasiya müddətinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması ilə müşayiət olunmuşdur ki, bu da müvafiq olaraq  $18,3 \pm 3,6$  və  $35,5 \pm 5,9$  sutka təşkil etmişdir.

**Yekun.** 1. Mini-invaziv endocərrahi üsullar əməliyyatdan sonrakı letallığın 2,5%-dən 0%-ə qədər azalması ilə xarakterizə olunur. Onların istifadəsi çarpayı/gün göstəricisinin  $19,7 \pm 5,9$  sutkadan  $12,5 \pm 4,7$  sutkaya qədər, reabilitasiya dövrünün isə  $35,5 \pm 5,8$  sutkadan  $18,4 \pm 3,6$  sutkaya qədər azalması ilə müşayiət olunur.

2. Mini-invaziv endocərrahi müdaxilələr mədə sekresiyasının adekvat azalması ilə müşayiət olunur, bazal fazada  $58,7 \pm 5,6\%$ , stimullaşdırılan fazada  $51,1 \pm 4,9\%$  təşkil edir, bu da normal motor-evakuator funksiyasının bərpasına gətirib çıxarır.

3. Laparoskopik əməliyyatlardan sonrakı yaxın dövr kəskin ağrı sindromunun azalması, xəstələrin erkən aktivləşməsi, bağırsağ funksiyasının tez bərpa olunması, cərrahi və hospital ağırlaşmaların tezliyinin azalması, xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması ilə xarakterizə olunur.

#### ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Андреев А.Л., Дмитриев Н.В. Первый опыт лапароскопических вмешательств в лечении дуоденальной язвы // Лапароскопическая хирургия. Материалы международного симпозиума. - Москва: 1994; с.83-85.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. - Москва: Практика. - 1998. - 459 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Руководство для врачей. - Москва: «ГЭОТАР-Медиа» - 2008. - 376с.
4. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия, - 2013. №2, - с.15-17.
5. Кошелев П.И., Федоров А.В., Глухов А.А. Миниинвазивное хирургическое лечение больных при перфоративных гастродуоденальных язвах // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006; № 3: с.11–14.
6. Национальные клинические рекомендации «Язвенные гастродуоденальные кровотечения» / Российское общество хирургов. – Москва: Воронеж, 2014. – 9 с.
7. Оноприев, В.И. Новые концепция, тактика и технологии хирургического лечения осложненных дуоденальных язв // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2006; № 1, – с. 11–16.
8. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – Москва:

- «Триада-Х». - 2004. – 640 с.
9. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия, 2000, № 3: с.21-25
10. Праздников Э.Н., Семенов М.В., Ипаткин Р.В. и др. Хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / Сборник, посвященный 70-летию В.М. Могучева. Москва, 2001; с.116-127
11. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия, 2002; № 8: с.32-35.
12. Тиммербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р. и др. Традиционное и малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского, 2015; Т. 10. № 2, – с.31-32.
13. Чернышев В.Н., Белоконев В.И., Александров И.К. Введение в хирургию гастродуоденальных язв. - Самара: СамГМУ, 1993; 214 с.
14. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet, - 1978. 2 (7877), - p.394-7.
15. Луцевич Э.В., Праздников Э.Н., Семенов М.В., Кузин А.В., Махиня В.А., Хохлов И.А. Эндоскопия желудочно-кишечных кровотечений: новые технологии и возможности / Сборник, посвященный 70-летию В.М. Могучева. М.: 2001; 53 62.

---

## РЕЗЮМЕ

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

<sup>1</sup>Касумов Н.А., <sup>2</sup>Гаджиева А.Э.

<sup>1</sup>*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра общей и пластической хирургии, Баку, Азербайджан;*

<sup>2</sup>*Медицинский Центр Сабунчи, Баку, Азербайджан*

Малоинвазивные эндохирургические вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, сопровождаются снижением частоты и тяжести послеоперационных осложнений и летальности (с 2,5% до 0%). Применение данных методов приводит к сокращению послеоперационного койко-дня (с 19,7±5,9 до 12,5±4,7 суток), значительному снижению длительности периода послеоперационной реабилитации (с 35,5±5,8 до 18,4±3,6 суток) в сравнении с традиционными, «открытыми» хирургическими способами. Выполнение малоинвазивных эндохирургических операций приводит к адекватному снижению агрессивности кислотно-пептического фактора, восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка у большей части больных, и сопровождается существенным улучшением непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

**Ключевые слова:** гастродуоденальная язва, кровотечение, малоинвазивные эндохирургические методы лечения, современные аспекты.

## SUMMARY

### MODERN ASPECTS OF MINIMALLY INVASIVE ENDOSURGICAL TREATMENT METHODS IN THE TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS COMPLICATED BY BLEEDING

<sup>1</sup>Gasimov N.A., <sup>2</sup>Gajiyeva A.E.

<sup>1</sup>*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of General and Plastic Surgery, Baku, Azerbaijan;*

<sup>2</sup>*Sabunchu Medical Center, Baku, Azerbaijan*

Minimally invasive endosurgical interventions in duodenal ulcer disease, complicated by bleeding, are accompanied by a decrease in the frequency and severity of postoperative complications and mortality (from 2.5% to 0%). The application of these methods leads to a reduction of the postoperative bed rest (from 19.7±5.9 to 12.5±4.7 days) and a significant reduction in the duration of the postoperative rehabilitation period (from 35.5±5.8 to 18.4±3.6 days) in comparison with traditional, "open" surgical methods. The performance of minimally invasive endosurgical operations leads to an adequate reduction of the aggressiveness of the acid-peptic factor, the restoration of the motor-evacuator function of the stomach in most patients, and is accompanied by a significant improvement in the immediate and long-term results of the treatment of patients with duodenal ulcer disease, complicated by bleeding.

**Keywords:** gastroduodenal ulcer, bleeding, modern aspects of minimally invasive endo-surgical methods of treatment.

*Redaksiyaya daxil olub: 17.05.2023*

*Çapa tövsiyə olunub: 01.06.2023*

*Rəyçi: Dosent A.K.Kazımov*