

На правах рукописи

**ВОРОБЬЕВ
ВЛАДИМИР МАКСИМОВИЧ**

**ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск – 2006

Работа выполнена в НИИ гастроэнтерологии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:

заслуженный деятель науки РФ,

д.м.н., профессор

Жерлов Георгий Кириллович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Ведущее учреждение –

Защита диссертации состоится «__» _____ 2006 г. в __ час. на заседании диссертационного совета Д 208.096.01 при Сибирском государственном медицинском университете (634050, г. Томск, Московский тракт, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107).

Автореферат разослан «__» _____ 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Суханова Г.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Оказание помощи пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной хирургии и гастроэнтерологии. Данное заключение обусловлено двумя причинами. Во-первых, по данным отечественной и зарубежной литературы, на фоне общего снижения плановых операций по поводу язвенной болезни, отмечается рост числа экстренных хирургических вмешательств (на высоте осложнений), в том числе по поводу желудочно-кишечных кровотечений (Панцырев Ю.М., 2003; Ткачев А.В., 2002; Schoenberg M.H., 2001; Swain C.P., 2000; Zittel T.T. et. al., 2000). А во-вторых, длительное время уровень общей летальности на фоне кровотечений остается стабильно высоким, составляя 10 – 14% (Панцырев Ю.М., 2003).

И хотя более чем у 80% пациентов с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, наступает спонтанный гемостаз (Ell C., Stabile V.E., 1993; Laine L., 1994; Chung S.C.S., 1997), практически у каждого пятого наступает рецидивов геморрагии (от 9 до 42%) (Schoenberg M.H., 2001).

За долгую историю лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями тактика в отношении этих пациентов менялась от выжидательной (Березов Е.Л., 1935; Рабинович Б.К., 1939), до активно-выжидательной (Джанелидзе Ю.Ю., 1933; Стручков В.И. и Луцевич Э.В., 1961) и активной (Юдин С.С., 1933; Finsterer H., 1939).

При этом каждый из авторов отмечает преимущества своего тактического подхода в данном непростом вопросе. Вместе с тем, следует признать, что в настоящее время в Российской Федерации выжидательная тактика практически не применяется и может быть допустима лишь у крайне тяжелых больных, когда риск операции чрезмерно высок.

Нет единого мнения в отношении выбора способа эндоскопического гемостаза и выбора способа оперативного пособия в случае профузного или рецидивного кровотечения.

Таким образом, проблема оказания помощи больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями является актуальной и требует дальнейшего рассмотрения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем разработки и внедрения комплексной лечебно-диагностической программы для каждого клинического варианта геморрагии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Провести сравнительную оценку наиболее распространенных методов эндоскопического гемостаза, оценить их эффективность и безопасность применения.

2. Изучить эффективность современных антисекреторных препаратов и антихеликобактерной терапии и обосновать показания к их применению при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

3. Обосновать выбор метода хирургического лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями.

4. Определить роль и место лечебной эндоскопии и консервативной терапии при кровотечениях из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Разработать алгоритмы диагностики и оказания помощи пациентам при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях в зависимости от активности кровотечения, состояния больного, а также эффективности эндоскопического гемостаза.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

На основании анализа большого клинического материала разработан лечебно-диагностический алгоритм оказания помощи больным с острыми га-

стродуоденальными кровотечениями, определены показания и противопоказания к применению различных вариантов остановки кровотечения.

Впервые показана роль эндоскопической ультрасонографии в прогнозе рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв, что позволяет детализировать тактику ведения больных.

Разработаны и обоснованы показания для применения современных методов эндоскопического гемостаза, включающих инъекционно-коагуляционную терапию, аргоно-плазменную коагуляцию, а также метода эндоскопического клипирования кровоточащего сосуда.

Изучены причины рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений, показана роль кислотоснижающих препаратов и антихеликобактерной терапии в предупреждении повторных кровотечений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Работа имеет непосредственную практическую направленность, так как в процессе исследований создана и апробирована приемлемая для хирургов методология оказания помощи пациентам с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Обобщение и оценка клинического материала позволили разработать алгоритм принятия решения у больных с гастродуоденальными язвами осложненными кровотечением.

Среди полученных результатов важное практическое значение имеют рекомендации по выбору тактики лечения больных с кровотечением в зависимости от степени активности геморрагии, общего состояния пациента, а также наличия стигматов рецидива кровотечения. Обоснована целесообразность и необходимость своевременного выполнения радикальных операций при наличии продолжающегося кровотечения и высоком риске его рецидива.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Проведение эндоскопического гемостаза является методом выбора в первичной остановке кровотечения, наиболее эффективным следует считать коагуляцию с применением аргона.

2. Операция резекции желудка является методом выбора в лечении пациентов с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением, а также при высоком риске его рецидива. У молодых больных, на фоне язвенной болезни ДПК возможно выполнение ваготомии с иссечением язвы и дуоденопластикой. Операцию прошивания язвы можно применять только в случаях массивного кровотечения у пациентов с крайне высоким риском операции.

3. После выполнения эндоскопического гемостаза у пациентов с кровотечением F-I-A, -B и F-II-A, -B необходимо назначение парентеральных форм кислотоснижающих препаратов, позволяющих контролировать желудочную секрецию и значительно снизить риск раннего рецидива кровотечения.

4. Проведение эрадикационной терапии у больных на фоне язвенной болезни ассоциированной с *H. pylori* способствует скорейшей эпителизации язв, обеспечивая лучшие условия для излечения язвенной болезни.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Предлагаемый способ хирургического лечения пациентов с болезнью оперированного желудка внедрен в клиническую практику НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, хирургических отделений Городской больницы №2 (г. Северск), хирургического отделения ГЛПУ Тюменская областная клиническая больница (г. Тюмень). Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе на курсе усовершенствования врачей ФУВ Сибирского государственного медицинского университета.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на Томском областном обществе хирургов (2006), 2-ой Научно-практической конференции «Родинские чтения» (г. Северск, 2006).

ПУБЛИКАЦИИ. По результатам исследований опубликовано ** научные работы в журналах и сборниках, в том числе * в центральных журналах. Опубликовано методическое пособие для хирургов:

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ. Диссертация изложена на *** страницах машинописного текста. Работа состоит из введения, семи глав, заключения, выводов и списка литературы, иллюстрирована ** таблицами и **рисунками. Указатель литературы содержит *** работы, из них *** отечественных и *** зарубежных авторов.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование построено на анализе результатов лечения 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Среди пациентов было 587 (75,1%) мужчин и 195 (24,9%) женщин в возрасте от 15 до 89 лет. Возрастно-половой состав пациентов приведен в таблице № 1.

Язвенная болезнь желудка была диагностирована у 239 (30,6%) пациентов, в двенадцатиперстной кишке язвы локализовались у 488 (62,4%) больных, у 37 (4,7%) имелись сочетанные (гастродуоденальные) язвы и у 18 (2,3%) кровоточили петические язвы гастроэнтероанастомоза. При этом кровотечение, как единственное осложнение было зарегистрировано только у 179 (22,9%) больных, в остальных случаях геморрагии сопутствовали пенетрация язвы, стеноз и пр. осложнения.

Степень активности кровотечения определяли по данным эндоскопического обследования на основе классификации J. Forrest (1974):

F-I-A – струйное (артериальное) кровотечение из язвы

F-I-B – капельное (венозное) кровотечение из язвы

F-II-A – тромбированные сосуды в дне язвы

F-II-B – сгусток крови, закрывающий язву

F-II-C – язва без признаков кровотечения

F-III – источников кровотечения не обнаружено

По степени активности кровотечения больные распределились следующим образом: активное (продолжающееся) кровотечение F-I-A F-I-B 46 (5,9%) и 116 (14,8%) больных соответственно. Остановившееся кровотечение F-II-A –

264 (33,7%) пациента, F-II-B 207 (26,5%) пациентов, и наконец, 149 (19,1%) больных при поступлении имели язву без признаков кровотечения (F-II-C).

Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $19,2 \pm 6,7$ ч.

Консервативное лечение было эффективным у 433 (55,4%) пациентов, 349 (44,6%) больным были выполнены различные хирургические пособия (табл. 1).

Табл. 1. Консервативное и оперативное лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями.

	Всего		Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Язвенная болезнь желудка	239	30,6	115	48,1	124	51,9
Язвенная болезнь ДПК	488	62,4	296	60,6	192	39,4
Сочетанные язвы желудок +ДПК	37	4,7	12	32,4	25	67,6
Язвы гастроэнтероанастомоза	18	2,3	10	55,6	8	44,4
Итого:	782	100	433	55,4	349	44,6

В экстренном порядке (до 6 часов от момента поступления) было оперировано 13,5%, в срочном порядке - 37,5%, в отсроченном и плановом порядке 48,9% пациентов от всех оперированных больных.

Все пациенты, поступающие в клинику с диагнозом язвенное гастродуоденальное кровотечение, в приемном отделении проходили стандартное, комплексное обследование, включающее клинические (опрос, осмотр), лабораторные (показатели крови и гемостаза), а также инструментальные (ФЭГДС) исследования.

В случае, когда не выполнялась экстренная операция и пациенты готовились к плановому оперативному пособию, проводили эндоскопическую ультразвуграфию (EVIS EXERA GLV-160), изучали кислотопродуцирующую функцию желудка (Гастроскан-5, - 24) и микроциркуляцию в стенке желудка и ДПК (ЛАКК-01). Диагностика *H. pylori* проводилась на основании: уреазного и дыхательного теста.

Полученные результаты исследований заносились в базу данных, разработанную для электронных таблиц Excel 5,0 в среде Windows. Статистическая обработка проводилась на компьютере IBM PC. Результаты исследований об-

рабатывали методами вариационной статистики с вычислением следующих параметров для каждой выборки: среднее арифметическое (\bar{X}), среднее квадратичное отклонение (σ), ошибка среднего арифметического (m). Достоверность различий между сравнительными группами устанавливали с использованием t -критерия Стьюдента в случае, когда распределение подчинялось нормальному закону.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам эндоскопического обследования, проведенного при поступлении пациента в стационар, все больные были разделены на две группы: больные с активным (продолжающимся) кровотечением F-I-A, -B и пациенты с неактивным (остановившимся) кровотечением F-II-A, -B, -C. Всего в первой группе было 162 больных, во второй – 620.

Исходя из того соображения, что подход к лечению больных с остановившимся и продолжающимся кровотечением различный, мы провели анализ этих двух групп в отдельности.

Для пациентов с активным кровотечением F-I-A,B (первая группа) характерным было наличие средней и тяжелой степени кровопотери (соответственно 51,8% и 45,7%). Легкая степень кровопотери, по данным кинического исследования, была зафиксирована только у 2,5% больных. При этом на тяжесть состояния у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами оказывали влияние не только степень активности кровотечения (F-I-A, -B), но и сроки от момента начала заболевания до поступления больного в стационар, что является на наш взгляд весьма важным.

Из 162 больных первой группы в экстренном порядке было оперировано 19,1% пациентов, срочные операции выполнялись у 23,5%, а плановые – у 32,7% больных этой группы. Общая летальность составила 10,5%, в том числе послеоперационная – 9,8%, без операции умерло 12,5% пациентов поступивших с кровотечением F-I-A, -B.

Среди основных причин послеоперационной летальности: сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, гнойные осложнения и рецидив геморрагии. Причиной смерти больных, получавших консервативное лечение, были сердечно-сосудистая недостаточность на фоне рецидива кровотечения, а также острое нарушение мозгового кровообращения.

Основным методом в диагностике гастродуоденальных кровотечений на сегодняшний день является эндоскопическое исследование, позволяющее не только обнаружить источник геморрагии, оценить степень его активности и вероятность рецидива, но и сразу же предпринять меры, направленные на остановку кровотечения.

С целью дополнительной оценки состояния источника кровотечения и определения прогноза его рецидива могут применяться дополнительные методы диагностики: эндоскопическая ультрасонография и лазерная доплеровская флоуметрия.

Диагностическая ценность эндоскопической ультрасонографии заключается в возможности выявления сосудов в непосредственной близости или дне язвенного дефекта и на основании этого определения прогноза рецидива геморрагии. Так по нашим данным наличие вблизи язвы сосуда диаметром $>1,5$ мм в несколько раз увеличивает вероятность повторного кровотечения в стационаре, вместе с тем, при диаметре сосуда $<1,0$ мм вероятность рецидива - минимальная.

По результатам лазерной доплеровской флоуметрии нами выведен показатель коэффициента рецидива кровотечения ($K_{РК}$), который имел значительный разброс от 0,45 до 1,1. при этом наиболее неблагоприятным прогноз оказался у пациентов с $K_{РК}$ менее 0,5, при котором у всех больных отмечался рецидив кровотечения, требующий проведения экстренной операции. При $K_{РК}$ в диапазоне от 0,5 до 0,8 – вероятность рецидива меньше и возможно выполнение эндоскопической его остановки. Наконец, при $K_{РК}$ более 0,8 – вероятность рецидива минимальная, а пациент требует консервативной терапии с динамическим контролем.

На основании проведенных диагностических исследований у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, мы предлагаем выделять 4 группы больных:

1) Пациенты с тяжелым, угрожающим жизни, продолжающимся кровотечением, которым в условиях операции проводится диагностическая и лечебная эндоскопия, в случае неэффективности последней – показана экстренная операция;

2) Пациенты, у которых в результате направленной терапии или спонтанно произошла остановка кровотечения, но присутствуют стигматы неустойчивости гемостаза, на фоне кровопотери средней и тяжелой степени, подлежат оперативному лечению по срочным показаниям в течение 12 – 24 часов.

3) Больные с продолжающимся кровотечением (F-I-V), имеющие кровотечение в анамнезе (особенно в течение последнего месяца), а так же больные старческого возраста с тяжелыми фоновыми заболеваниями, когда опасность оперативного лечения превышает опасность рецидива геморрагии, подлежат проведению лечебной эндоскопии до окончательной остановки кровотечения. В случае безуспешности консервативной терапии у этих больных необходима экстренная операция по жизненным показаниям;

4) Наконец, пациенты после любого варианта остановки геморрагии с устойчивым гемостазом и кровопотерей легкой степени подлежат динамическому наблюдению и решению вопроса о плановом оперативном лечении после углубленного клинического обследования в сроки от 14 до 21 суток.

В основе выбора метода эндоскопического гемостаза немаловажную роль играет опыт врача-эндоскописта и наличие соответствующей техники.

В данной работе проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопического гемостаза у 146 больных с активным гастродуоденальным кровотечением в зависимости от метода остановки кровотечения. Всего было выделено три группы: у пациентов первой группы для остановки кровотечения использовали аргонусиленный радиочастотный коагулятор «Электропульс - РЧ», во вто-

рой – диатермокоагуляцию аппаратом Olympus UES – 20 с использованием коагулятора CD – 1L, и, наконец, в третьей применяли инъекционный гемостаз: раствор адреналина 0,1% - 0,25 в 100,0 0,25% р-ра новокаина. При этом общая эффективность эндоскопического гемостаза составила 91,8%. У 8,2% пациентов проведение эндоскопической остановки кровотечения не достигло своей цели и потребовалось выполнение экстренной операции.

Несмотря на то, что мы не выявили существенных отличий в эффективности первичного гемостаза во всех трех группах больных, применение аргонусиленного радиочастотного скальпеля («Электропульс – РЧ») показало лучшие результаты в лечении рецидивного кровотечения. При этом основным преимуществом метода аргонусиленной коагуляции является достоверно низкий ($p < 0,05$), в сравнении с другими методами, процент рецидива кровотечения, в группе F-I-A.

Среди других достоинств аргонусиленного радиочастотного хирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ» следует отметить его манипуляционные свойства: низкая задымленность в момент коагуляции и возможность действия не только в прямолинейном (осевом) направлении вдоль оси зонда, но и в боковых направлениях (поперечном, радиальном). Характерным для данного метода гемостаза является уменьшение толщины карбонизированного губчатого слоя некроза за счет вытеснения из зоны воздействия кислорода воздуха. Поток аргона удаляет с поверхности ткани, истекающую кровь и тем самым очищает ткань для непосредственного воздействия на кровоточащий сосуд, улучшая визуализацию кровоточащей поверхности и эффективность коагуляции.

Вместе с тем, считаем, что эндоскопическая остановка кровотечения может рассматриваться как окончательный вариант гемостаза только при кровотечении F-I-B, наличие в язве тромбированного сосуда, а равно других стигматов возможного раннего рецидива кровотечения, определяет эндоскопический гемостаз как временный перед экстренным или срочным оперативным вмешательством. Повторные попытки эндоскопической остановки профузного артериального кровотечения нецелесообразны, так как ведут к задержке оператив-

ного вмешательства и могут быть оправданы только у больных «группы риска» когда даже минимальное хирургическое вмешательство представляет реальную угрозу для жизни пациента. В таком случае возможно повторное применение эндоскопического гемостаза на фоне кровотечения F-I-A, в сочетании с интенсивной противоязвенной терапией (парентеральные кислотоснижающие препараты) и динамическим эндоскопическим контролем в течение 12 – 24 часов.

При рецидиве язвенного кровотечения в стационаре применение методов лечебной эндоскопии с целью местного гемостаза нецелесообразно, опять же за исключением «группы риска операции».

Эндоскопическими стигматами неустойчивого гемостаза, а, следовательно, показанием для решения вопроса об экстренной или срочной операции считаем:

- локализацию язвенных дефектов в «опасной сосудистой зоне желудка»;
- локализацию сосуда (по данным ЭУС) диаметром более 1 – 1,5 мм. в дне или непосредственной близости от язвы;
- присутствие следов крови и рыхлый тромб в дефекте стенки органа, при повторном осмотре через 8 – 12 часов;
- визуальные признаки нестойкого гемостаза (рыхлый желеобразный сгусток, подтекание крови, следы крови);
- инфекция *H. pylori*

Наличие даже одного из этих признаков требует усиления динамического наблюдения за пациентом, а сочетание 2-х и более признаков, является показанием для решения вопроса о выполнении экстренной или срочной операции.

Основной задачей оперативного вмешательства при «активном» язвенном гастродуоденальном кровотечении является спасение жизни пациента путем выполнения адекватного состоянию больного объема операции, позволяющего устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. При этом объем операции и исход лечения при массивных язвенных гастродуоденальных

кровотечениях, особенно в «группе риска операции», во многом определяются эффективностью комплексной консервативной терапии, направленной на коррекцию постгеморрагической гипоксии, нарушений функции жизненно важных органов и систем и профилактику рецидива кровотечения.

Методом выбора в лечении пациентов с активными гастродуоденальными кровотечениями следует признать радикальные вмешательства (резекция желудка), обеспечивающей с одной стороны надежный гемостаз, а с другой – излечение от язвенной болезни. Однако, у молодых людей, при язвах двенадцатиперстной кишки возможно выполнение селективной проксимальной (стволовой) ваготомии с дуоденопластикой. Выполнение паллиативных операций (иссечение, а тем более прошивание язвы) следует считать порочной практикой и оправданным лишь при кровоточащих язвах у больных старческого возраста на фоне тяжелой сопутствующей патологии, когда любое другое вмешательство не выполнимо.

При определении показаний к срочным и отсроченным (плановым) операциям в «группе риска» следует придерживаться индивидуальной тактики, основанной на динамическом эндоскопическом исследовании (в т.ч. эндоскопической ультрасонографии и лазерной доплеровской флоуметрии) в течение 12 – 24 часов от момента поступления.

Наконец, при кровоточащих язвах гастроэнтероанастомоза наиболее адекватным следует считать ререзекцию соустья, а в случае, когда невозможно выполнить эту операцию, допустимо провести стволовую ваготомию с прошиванием язвы. Исключение составляют кровоточащие язвы на почве синдрома Zollinger-Ellison'a, при которых хирургическая тактика определяется индивидуально и зависит от результатов дополнительного обследования.

Применение антисекреторной терапии у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии следует считать обязательным этапом лечения. Проведенный сравнительный анализ назначения внутривенных ингибиторов протонной помпы и H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов позволило более чем в три раза снизить вероятность рецидива кровотечения в первые 72 часа от

поступления больного. Полученные данные позволяют нам рекомендовать более широкое применение препаратов контролирующих желудочную секрецию у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Хотя в результате проведенного исследования мы не выявили достоверных различий в вероятности возникновения рецидива кровотечения от проведения антихеликобактерной терапии (38,9% рецидивов среди пациентов не получавших антибактериальных препаратов и 36,4% - на фоне эрадикационной терапии), считаем целесообразным проведение эрадикации *H. pylori*, после остановки острого гастродуоденального кровотечения, на фоне приема кислотоснижающих препаратов.

В отличие от пациентов с активным кровотечением, больные, поступающие на фоне остановившегося кровотечения на момент поступления не имеют прямой угрозы жизни, однако у них имеется высокая вероятность возникновения рецидива кровотечения, способного привести к неблагоприятному исходу.

Из 620 пациентов с неактивным кровотечением, 33,4% имели степень активности F-II-A, 42,6% - F-II-B и, наконец, 24% без признаков кровотечения (F-II-C). В экстренном порядке было оперировано 2,6% пациентов, срочные операции выполнялись у 15%, а плановые – у 19,03% больных этой группы.

Общая летальность в этой группе составила 3,7%, в том числе послеоперационная - 5,3%, а на фоне консервативной терапии – 2,8%.

Основной причиной неблагоприятных исходов на фоне консервативного лечения была острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне повторного профузного кровотечения – 54,5%. На долю других причин: острое нарушение мозгового кровообращения и дыхательная недостаточность, пришлось 45,5%.

Основной целью эндоскопического исследования при неактивном кровотечении является решение вопроса о вероятности рецидива геморрагии и проведении профилактических мероприятий (превентивный гемостаз). Проведение коагуляции видимых сосудов позволяет уменьшить процент возвратного кро-

вотечения в стационаре до 9,8% при кровотечении F-II-A и до 5,5% при F-II-B, а также сократить число экстренных операций соответственно до 1,6% и 1,1%.

В том случае, когда имеются подозрения на наличие под сгустком тромбированного сосуда, целесообразно выполнить инъекцию раствора адреналина с новокаином, после чего удалить сгусток путем его энергичного смывания или петель и обработать сосуд любым доступным методом эндоскопического гемостаза.

У больных с активностью кровотечения F-II-C проведение эндоскопического гемостаза не целесообразно, а вопрос о госпитализации решается индивидуально. Пациенту назначается противоязвенная терапия, направленная на скорейшую эпителизацию язвы.

Исходя из того, что прямой угрозы жизни при поступлении больного с неактивным кровотечением не существует, вопрос о выполнении экстренной операции остается открытым. Считаем, что в лечении пациентов с кровотечением F-II-A и F-II-B следует шире использовать возможности хирургического лечения на ранних этапах, что подтверждается данными послеоперационной летальности: после экстренных операций летальность составила 43,8%, после срочных «всего» 5,4%. Своевременное и адекватное выполнение срочных операций позволяет значительно уменьшить госпитальную летальность в этой тяжелой группе пациентов.

Среди мер, направленных на предупреждение повторной геморрагии и подготовку больного (при наличии показаний) к плановому оперативному лечению можно назвать назначение кислотоснижающих препаратов и антихеликобактерную терапию.

В нашем наблюдении на фоне назначения внутривенных ингибиторов протонной помпы произошло достоверное снижение уровня содержания свободной соляной кислоты в среднем на 57% до 31,5 мэкв. Уже с первых суток отмечается значительное снижение кислотности желудочного сока, а в дальнейшем уровень внутрижелудочной pH колеблется в пределах 6,0, что благо-

приятно сказывается на процессе формирования тромба и значительно снижает риск повторного кровотечения.

Результаты наблюдения за пациентами, получавшими эрадикационную терапию по поводу гастродуоденальных кровотечений на фоне язвенной болезни ДПК ассоциированной с *H. pylori*, мы сделали вывод о том, что в большей степени на вероятность рецидива заболевания вообще и кровотечения в частности оказывает не наличие *H. pylori* – инфекции, а проведение противоязвенной терапии.

В заключении, на основании проведенного анализа результатов лечения 782 больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями и данных литературы мы предлагаем следующие факторы, определяющие прогноз рецидива кровотечения:

Клинические факторы:

1. Возраст старше 60 лет;
2. Наличие сопутствующей патологии, особенно сердечно-сосудистых и гематологических заболеваний в стадии суб- и декомпенсации;
3. Длительный неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов
4. Длительный язвенный анамнез с наличием эпизодов кровотечения;
5. Первичное тяжелое кровотечение;
6. Частота пульса более 110 в 1 мин, систолическое АД ниже 90 мм.рт.ст, ЦВД – 0.

Лабораторные факторы:

1. Содержание гемоглобина менее 80 г/л,
2. Дефицит ОЦК 30% и более.
3. Объем кровопотери по формуле Moore более 1500,0.

Эндоскопические факторы:

3. Неустойчивый гемостаз (F-II-A, -B) при наличии одного или более клинических факторов неблагоприятного прогноза

Кроме того, нами разработан алгоритм принятия решений у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, который позволит, на наш взгляд, особенно начинающим хирургам, быстрее ориентироваться и оказывать эффективную помощь этой тяжелой категории больных (рис. 1).

Таким образом, выбор тактики лечения у пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями на фоне язвенной болезни должен основываться на состоянии больного, степени компенсации жизненно-важных функций его организма, активности кровотечения, а также опыта хирурга, позволяющего ему выполнить, при необходимости, радикальную операцию. Основной целью оказания помощи таким больным является спасение жизни путем максимально возможного эндоскопического гемостаза, медикаментозной профилактики рецидивов и своевременной, адекватной по объему операции.

Выводы

1. Использование в качестве способа гемостаза аргонусиленного радиочастотного скальпеля демонстрирует лучшие результаты в лечении рецидивного кровотечения, в сравнении с диатермокоагуляцией и инъекционным гемостазом, при этом основным преимуществом метода аргонусиленной коагуляции является относительно низкий ($p < 0,05$), в сравнении с другими методами, процент рецидива кровотечения, в группе F-I-A.

2. На фоне приема кислотоснижающих препаратов (Фамотидин, Лосек) у больных с кровотечением F-I-A, -B уже через 12 часов отмечается повышение рН до 6,0. В дальнейшем в течение всего времени наблюдения (до 72 ч.) внутрижелудочный рН сохранялся на цифрах выше 5,0. При этом рецидив кровотечения имел место у 14,8% пациентов, а в группе контроля, получавшей обычную гемостатическую терапию – 51,4%.

3. Операцией выбора в лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии следует признать резекцию желудка, а по показа-

ниям ваготомии с дуоденопластикой. Операция иссечения, а тем более прошивания язвы может считаться оправданной только в случае крайней тяжести состояния больного, когда любая другая операция не переносима.

4. Эндоскопическая остановка кровотечения может рассматриваться как окончательный вариант гемостаза только при кровотечении F-I-B, наличие стигматов возможного раннего рецидива кровотечения, определяет эндоскопический гемостаз как временный перед оперативным вмешательством. Повторные попытки эндоскопической остановки профузного артериального кровотечения нецелесообразны, так как ведут к задержке оперативного вмешательства. При кровотечениях F-I-A, -B средней или тяжелой степени лечебная эндоскопия должна рассматриваться как временный гемостаз перед неотложной операцией в течение 2 часов после поступления больного. При рецидиве язвенного кровотечения в стационаре применение методов лечебной эндоскопии с целью местного гемостаза нецелесообразно, за исключением «группы риска операции».

5. Разработанный диагностический алгоритм принятия решений позволяет начинающим хирургам быстрее ориентироваться и предпринимать правильные действия в непростой ситуации, когда время, отпущенное на выбор адекватной тактики, крайне ограничено.

Практические рекомендации

1. Эндоскопическое исследование показано всем пациентам, поступающим в стационар с признаками желудочно-кишечного кровотечения в качестве основного метода диагностики и лечения. При наличии кровотечения F-I-A,-B следует предпринять попытку эндоскопического гемостаза. Эндоскопический гемостаз при кровотечении F-I-A следует рассматривать как подготовку к экстренной операции. После достижения визуального гемостаза больного с кровотечением F-I-B необходимо подвергать динамической эндоскопии до констатации факта устойчивого гемостаза (F-II-C) с интервалом в 6 – 12 часов (при сомнительном гемостазе - чаще), а затем ежедневно в течение 4 - 5 дней. При от-

сутствии эффекта и продолжающемся кровотечении показана экстренная операция.

2. В случае рецидива кровотечения повторный эндоскопический гемостаз может быть выполнен только у пациентов с крайне высоким риском операции, а также с целью предоперационной подготовки у больных с высоким риском операции.

3. После проведения эндоскопического гемостаза у пациентов с любым вариантом кровотечения по J. Forrest необходимо назначение внутривенных кислотоснижающих препаратов.

4. Методом выбора в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, является удаление язвенного субстрата (резекция желудка). Наряду с классической резекцией желудка по Billroth I и Billroth II у молодых людей с впервые выявленной язвой целесообразно выполнять иссечение язвы с ваготомией и дуоденопластикой.

5. Предложенный алгоритм лечения гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза в зависимости от степени активности кровотечения по классификации J. Forrest (1974) может быть использован в практической работе хирургических отделений, имеющих эндоскопическую аппаратуру.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Разаренова Т. Г., Кошель А. П., Соколов С.А., Воробьев В.М. О роли способа восстановления желудочно-кишечной непрерывности после резекции желудка на функциональное состояние гепатобилиарной системы. Актуальные проблемы современной хирургии (Конференция, посвященная 70-летию Новосибирской ГМА (Новосибирск, 2005)) – С 39 – 40.

2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М. Искусственное моделирование сфинктерного аппарата желудочно-кишечного тракта в хирургической гастроэнтерологии и онкологии. Актуальные проблемы современной хирургии (Конференция, посвященная 70-летию Новосибирской ГМА (Новосибирск, 2005)) – С 112 – 113.

3. Кошель А.П., Кучерова Т.Я., Воробьев В.М., Кошель Е.А. Применение физиотерапевтических факторов в анальгезии после операций на желудке. Актуальные проблемы современной хирургии (Конференция, посвященная 70-летию Новосибирской ГМА (Новосибирск, 2005)) – С 128 – 129.

4. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Карпович А.В., Копанчук А.В. Коррекция моторно-эвакуаторной функции проксимальных отделов пищеварительного тракта в ранние сроки после операции на желудке. – Актуальные проблемы современной хирургии (Конференция, посвященная 70-летию Новосибирской ГМА (Новосибирск, 2005)) С 24 – 25.

5. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М. Сфинктерный аппарат желудочно-кишечного тракта и его искусственное моделирование в онкологии. Новые технологии в онкологической практике (Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием (г. Барнаул, 7-8 июня, 2005 г.)) - С. 20 – 21.

6. Кошель А.П., Кучерова Т.Я., Воробьев В.М., Кошель Е.А., Копанчук А.В. Применение физиотерапевтических факторов в послеоперационной анальгезии Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы 1-й научно-практической конференции посвященной памяти А.Ф. Родина (Родинские чтения)). – Северск, 2005. – С. 232 – 234.

7. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Карпович А.В., Копанчук А.В. Коррекция моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка в ранние сроки после операции. Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы 1-й научно-практической конференции посвященной памяти А.Ф. Родина (Родинские чтения)). – Северск, 2005. – С. 198 – 200.

8. Воробьев В.М. К вопросу о выборе способа гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы 2-й научно-практической конференции посвященной памяти А.Ф. Родина (Родинские чтения)). – Северск, 2006. – С. 162 – 163.

9. Воробьев В.М., Жерлов Г.К., Кошель А.П. Результаты применения кислотоснижающих препаратов в профилактике рецидивов гастродуоденальных кровотечений после эндоскопического гемостаза. Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы 2-й научно-практической конференции посвященной памяти А.Ф. Родина (Родинские чтения)). – Северск, 2006. – С. 163 – 165.

10. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Копанчук А.В. Восстановление моторно-эвакуаторной функции культи желудка в ранние сроки после операции. Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы 2-й научно-практической конференции посвященной памяти А.Ф. Родина (Родинские чтения)). – Северск, 2006. – С. 183 – 185.

11. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Нустафаев Р.С., Воробьев В.М. Основные принципы реабилитации больных после хирургического лечения гастродуоденальных язв.- Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2004. – 84 с.

12. Баширов Р.С., Евескин М.Ш., Каплюк А.И., Мирютов А.А. Воробьев В.М. Оксигенотерапия в комплексном лечении острых язв желудочно-кишечного тракта у обожженных. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Тезисы докладов VI-ой научно - практической конференции хирургов Федерального управления "Медбиоэкстрем"

13. Баширов Р.С., Евескин М.Ш., Каплюк А.И., Мирютов А.А. Воробьев В.М. Кровотечение из язв желудочно-кишечного тракта у обожженных. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Тезисы докладов VI-ой научно - практической конференции хирургов Федерального управления "Медбиоэкстрем".

14. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Карпович А.В., Копанчук А. В. Коррекция моторно-эвакуаторной функции проксимальных отделов пищеварительного тракта в ранние сроки после операции на желудке. Актуальные проблемы современной хирургии. Конференция, посвященная 70-летию Новосибирской ГМА (Новосибирск, 2005) – С. 24 – 25.

15. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Лобачев Р.С., Райш Д.В., Копанчук А.В. Ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющих и органомоделирующих операций в хирургии гастродуоденальных язв. V съезд научного общества гастроэнтерологов России, XXXII сессия ЦНИИ гастроэнтерологии (Москва, 3-6 февраля, 2005 г.) С. 526 – 528.

16. Эффективность аргонно-плазменной коагуляции у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии

17.

18.

19.

20.

21.