

На правах рукописи

СЕЛЕЗНЁВ ЮРИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ИХ РЕЦИДИВОВ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

ТОМСК – 2006 г.

Работа выполнена в Томском военно-медицинском институте

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

доктор медицинских наук, профессор Баширов Рафаэль Сергеевич

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ

доктор медицинских наук, профессор Дамбаев Георгий Цыренович

кандидат медицинских наук Митасов Валерий Яковлевич

Ведущая организация ГОУ ВПО Новосибирский государственный
медицинский университет Росздрава

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2006 года в ____ часов 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 (г. Томск, пр. Ленина,
107).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2006 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Суханова Г.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Язвенные гастродуоденальные кровотечения занимают на сегодня первое место по частоте встречаемости среди всех желудочно-кишечных кровотечений и составляют от 40 до 70% [Ерьюхин И.А., Петров В.П., 1987; Алмазкин В.Ю., 2000; Гончаров Н.Н., 2002; Жерлов Г.К., 2002; Луцевич Э.В. и соавт., 2002; Шапкин Ю.Г., 2002; Гостищев В.К. и соавт., 2004; 2005; Мидленко В.И., 2005; Cochran T. A., 1993; Friedman L.S., 1993; Bulut O.V. et al., 1996; Imhof M., 1998; Aabaken L., 2001].

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использования эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10 до 30% [Гринберг А.А., 1996; Сидоренко В.И., 1998; Чернов В.Н. и соавт., 1999; Панцырев Ю.М., 2003; Астахов В.Л. и соавт., 2004; Гостищев В.К. и соавт., 2004; Jaramillo J.L. et al., 1994; Hasselgen G. et al., 1998; Chung Y. F. et al., 2000; Gilbert D. A. et al., 2000].

Анализ причин летальности при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта показал, что на рецидивные кровотечения различного генеза приходится 50-70% [Маев И.В. и соавт., 2003], из которых язвенные гастродуоденальные кровотечения составляют 20-55% [Луцевич Э.В. и соавт., 2002], а послеоперационная летальность - от 6,1% до 15-25% [Ермолев А.С. и соавт., 2000; Белов И.Н. и соавт., 2002; Гостищев В.К., 2005].

В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны [Братусь В.Д., 1986; 1990; 1992; Курыгин А.А., 1992; Шапкин Ю.Г., 1996; Королев М.П., 2000; Rollhauser C., 2000; Satoh T. et al., 2000; Hojer A., 2001]. Прогнозирование рецидива при язвенных гастродуоденальных кровотечениях строится на клиничко-лабораторных, эндоскопических данных и их математической обработке [Вербицкий В.Г., 1999; Петров В.П., 2000; Жерлов Г.К., 2001; Затевахин И.И., 2001; Гончаров Н.Н., 2002; Гостищев В.К., 2003; Хаджибаев А.М., 2005; Fleischer D.E. et al., 1999; Appleyard M. et al., 2000]. Однако при прогнозировании рецидива кровотечения авторы не учитывают динамическую оценку местных изменений в кратере язвенного дефекта, в частности, диаметр и глубину язвы, зоны перифокального воспаления.

Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика. Однако ни один из указанных подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной летальности, по мнению Г.Л. Ратнера, В.И. Корытцева (1999), является несвоевременное решение об оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев.

Таким образом, существующие консервативные, эндоскопические, оперативные методы лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов имеют недостатки с высокими показателями неблагоприятных

исходов. Поэтому поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования

Оптимизация прогнозирования, профилактики, лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов.

Задачи исследования

1. Изучить частоту встречаемости язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов на основании материалов клиники.
2. Изучить клинико-эндоскопические показатели у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и определить прогностические критерии риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.
3. Провести многофакторный анализ клинических, лабораторных, эндоскопических данных и составить прогностическую таблицу показаний для консервативного лечения и сроков оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.
4. Определить оптимальную хирургическую тактику при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.
5. Разработать и обосновать алгоритмы диагностических, сортировочных, лечебно-тактических и оперативно-технических мероприятий при этапном лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Научная новизна работы

1. Разработан новый подход к тактике ведения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями на основании введения новых эндоскопических критериев риска рецидива кровотечения (патент на изобретение №2254048 «Способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений», Бюл. № 17 от 20.06.2005).
2. Проведен многофакторный анализ, составлена и обоснована прогностическая таблица показаний к консервативному лечению и срокам оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.
3. Уточнены показания к оперативному лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.
4. Разработаны алгоритмы диагностических, сортировочных, лечебно-тактических и оперативно-технических мероприятий при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Практическая значимость работы

Использование в практической деятельности разработанных прогностических критериев определения риска рецидива кровотечения, позволило уточнить показания к выполнению оперативных вмешательств, разработать алгоритмы диагностических, сортировочных, лечебно-тактических и оперативно-технических мероприятий, а главное, снизить летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Одним из диагностических критериев риска рецидива кровотечения является увеличение в динамике размеров язвенного дефекта по сравнению с исходным уровнем.

2. Активная индивидуализированная тактика, основанная на определении риска рецидива кровотечения, позволяет своевременно установить показания к оперативному лечению больных до развития рецидива кровотечения в стационаре, снизить общую и послеоперационную летальность.

3. При оперативном лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями оперативно-технические мероприятия должны строиться в зависимости от возраста, тяжести состояния больного, устойчивости местного гемостаза, а также при положительном значении прогностического коэффициента показания к раннему оперативному вмешательству. При выполнении операций в отсроченном и плановом порядке преимущество должны иметь патогенетически обоснованные вмешательства, в том числе и радикальные.

4. При поступлении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями использование разработанных диагностических, сортировочных, лечебно-тактических и оперативно-технических алгоритмов предупреждает развитие дефектов в организации и оказании хирургической помощи.

Апробация. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании кафедры и клиники военно-полевой хирургии Томского Военно-медицинского института (2005); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы военной медицины» (Томск, 2005); на заседании областного общества хирургов (Томск, 2006).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в работу НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, кафедры и клиники военно-полевой хирургии ТВМедИ (начальник института – профессор, генерал-майор м/с Жаткин О.А.).

Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе при подготовке слушателей и ординаторов на кафедре военно-полевой хирургии ТВМедИ.

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ. Получен патент на изобретение №2254048 «Способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений», Бюл. №17 от 20.06.2005.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 165 страницах машинописного текста, иллюстрирована 7 диаграммами, 37 таблицами, 5 схемами, 23 рисунками. Работа состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 251 литературных источника, в том числе 166 отечественных и 86 иностранных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением с 1989 по 2005 год находилось 403 больных с желудочно-кишечными кровотечениями, из которых 262 (65,0%) составили больные с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. На долю язвы желудка пришлось 56 (21,4%), двенадцатиперстной кишки – 182 (69,5%), на их

сочетание – 16 (6,1%), на сочетание кровотечения и перфорации – 8 (3,0%) больных. Мужчин было 184 (70,2%) человека, женщин – 78 (29,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Основные нозологические формы, осложнившиеся кровотечением

№ п/п	ЭТИОЛОГИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ	БОЛЬНЫЕ (АБС., %)							
		ОБЩ. КОЛ-ВО		МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ		ЛЕТАЛЬНОСТЬ	
		АБС.	%	АБС.	%	АБС.	%	АБС.	ОБЩ. %
1.	Язва желудка	56	21,4	38	14,5	18	6,9	4	1,5
2.	Язва ДПК	182	69,5	129	49,2	53	20,2	6	2,3
3.	Сочетание язвы ДПК и желудка	16	6,1	10	3,8	6	2,3	-	-
4.	Сочетание кровотечения с перфорацией	8	3,0	7	2,7	1	0,4	2	0,8
	ВСЕГО	262	100,0	184	70,2	78	29,8	12	4,6

Степень кровопотери определяли по классификации А.И. Горбашко (1974). Объем кровопотери рассчитывали при помощи формулы Мура: $V = pq(Ht_1 - Ht_2/Ht_1)$, где V - объем кровопотери в миллилитрах, p – масса тела больного в килограммах, q – эмпирическое число (количество крови в килограмме массы тела равно 70 мл для мужчин, 65 мл для женщин), Ht_1 – нормальное значение гематокрита равно 45% для мужчин, 35% - для женщин, Ht_2 – гематокрит больного с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

В зависимости от степени тяжести кровопотери больные распределились следующим образом: легкая степень кровопотери была диагностирована у 125 (47,7%) больных, средняя степень – у 100 (38,2%), тяжелая степень – у 37 (14,1%). Из приведенных данных видно, что на долю средней и тяжелой степени кровопотери пришлось более 50% (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от тяжести кровопотери

№	Этиология кровотечения	Степень кровопотери		
		легкая	средняя	тяжелая
1.	Язва желудка	26(9,9%)	22(8,4%)	8(3,1%)
2.	Язва ДПК	94(35,9%)	67(25,6%)	21(8,0%)
3.	Сочетание язвы желудка и ДПК	4(1,5%)	7(2,7%)	5(1,9)
4.	Сочетание кровотечения и перфорации	1(0,4%)	4(1,5%)	3(1,1%)
5.	ИТОГО 262 (100%)	125(47,7%)	100(38,2%)	37(14,1%)

По типам язвенной болезни желудка, основанной на классификации Н.Д. Johnson (1965), Чухриенко (1998), Г.П. Шорех (1998), Г.К. Жерлова (2005),

пациенты распределились следующим образом (табл. 3): на 1 тип язвенной болезни желудка пришлось 25 больных (33,8%), на 2 тип – 16 (21,6%), на 3 тип – 27 (36,5%), на 4 тип – 2 (2,7%), на 5 тип – 4 (5,4%) соответственно.

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от типа язвенной болезни желудка (Johnson H.D, 1965; Чухриенко, 1998; Шорох Г.П., 1998; Жерлов Г.К., 2005)*

№	тип язвенной болезни желудка	количество больных	процентное соотношение
1.	1 тип	25	33,8
2.	2 тип	16	21,6
3.	3 тип	27	36,5
4.	4 тип	2	2,7
5.	5 тип	4	5,4
6.	ВСЕГО	74	100,0

*- 1 тип – медиогастральные язвы; 2 тип – сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; 3 тип – препилорические язвы; 4 тип – кардиальные язвы; 5 тип – множественные язвы желудка.

В зависимости от времени года больные распределились следующим образом: в зимний период времени в стационар поступило 32 (12,2%), в весенний период – 102 (38,9%), в летний период – 44 (16,8%), в осенний период – 84 (32,1%) больных (рис. 1).

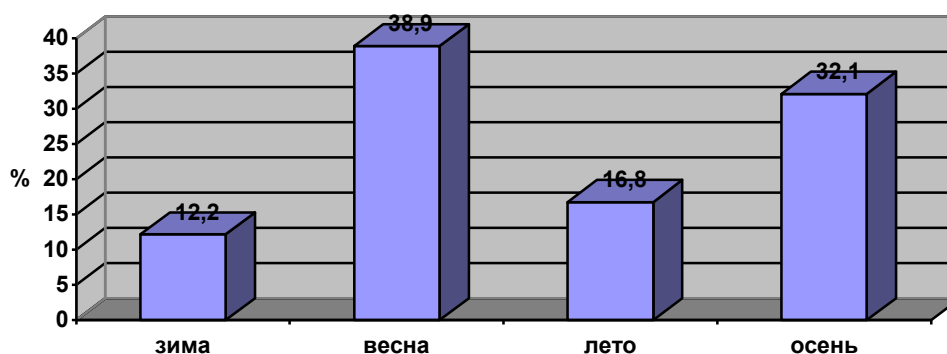


Рис. 1. Динамика поступления больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от времени года

В предоперационном, ближайшем и отдалённом периодах после операции в условиях хирургического отделения больным выполнялись традиционные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, применяемые в гастроэнтерологии.

Эндоскопическое исследование выполнялось фиброскопами фирмы «Olympus» К, К-2, D-4. Динамическую фиброгастродуоденоскопию проводили по методике, принятой в клинике. В ходе фиброгастродуоденоскопии уточняли локализацию язвы и степень устойчивости гемостаза по Forrest (1974). При неустойчивом гемостазе выполняли фиброгастродуоденоскопию в динамике.

Всем больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в ближайшем постгеморрагическом периоде в обязательном порядке исследовалась система сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного

гемостаза: оценивались время свертывания, длительность кровотечения, основные показатели коагулограммы (протромбиновый индекс, протромбиновое время, фибриноген, активизированное частичное тромбопластиновое время, продукты деградации фибриногена, фибринолитическая активность).

У всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, которым была удалена язва, проводилось гистологическое исследование макропрепарата на базе патологоанатомического отделения СибГМУ. Применяли обычную окраску микропрепаратов – гематоксилином и эозином.

Для подсчета статистической достоверности использовали метод статистической значимости различий средних значений показателей в сравниваемых группах по критерию Стьюдента для независимых выборок. Достоверными считали показатели при $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 262 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями 137 человек (контрольная группа) – больные, в отношении которых применялась активно-выжидательная тактика, 125 человек (опытная группа) – больные, в отношении которых применялась активная дифференцированная тактика. Существенных отличий по возрасту и полу в указанных группах не было.

В ходе выполнения фиброгастродуоденоскопии в группе пациентов, в отношении которых применялась активно-выжидательная тактика, нами отмечено изменение устойчивости местного гемостаза в зависимости от локализации язвы (табл. 4). Так, наиболее часто кровотечением осложнялись язвы, которые локализовались на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 67 человек (48,9%), малой кривизны желудка (зона Deulafoy) 20 человек (14,6%), передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 33 человека (24,1%). Кроме того, отмечена следующая закономерность: эти же язвы чаще других осложняются неустойчивым гемостазом и рецидивами кровотечения. При язвах задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки признаки неустойчивого гемостаза мы наблюдали в 14,4% случаев, рецидив кровотечения – в 6,6% случаев. При язвах малой кривизны желудка нами отмечены признаки неустойчивого гемостаза в 11% случаев, а рецидив кровотечения – в 2,9% случаев. При язвах передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки эти показатели составили 5,8% и 0,8% соответственно.

При обследовании указанной выше группы с язвенными гастродуоденальными кровотечениями установлено, что признаки продолжающегося кровотечения и неустойчивого гемостаза наблюдались у 79 больных, что составило 57,7% (табл. 5).

При анализе эндоскопических данных, характеризующих размеры язвенного дефекта (табл. 6), рецидив кровотечения возник при изначальном диаметре язвы до 0,5 см у 4 больных (21,1%), до 1,0 см – у 1 (5,4%), до 1,5 см – у 2 (10,5%), до 2,0 см – у 6 (31,5%), свыше 2,0 см – у 6 пациентов (31,5%). Обращает на себя внимание 2 факта: первый – признаки неустойчивого гемостаза встретились нами у 37 больных (69,8%) с размером язвенного дефекта 1,5 см и более, а рецидивы кровотечения у этих же пациентов – у 14 (83,5%); второй – у 4 больных (21,1%), рецидив кровотечения наблюдался при изначальном размере язвы до 0,5 см.

Рецидив кровотечения нами наблюдался у 19 пациентов: 16 (84,2%) больных имели признаки неустойчивого гемостаза, у 3 (15,8%) человек местный гемостаз был расценен как устойчивый.

Таблица 4

Изменение устойчивости местного гемостаза в зависимости от локализации и размера язвы

№	Локализация язвы	Размер язвы						Признаки неустойчивого гемостаза		Рецидив кровотечения	
		До 0,5 см	До 1,0 см	До 1,5 см	До 2,0 см	Более 2,0 см	Всего	Абс.	%	Абс.	%
1.	Кардиальный отдел желудка	1	1				2	2	1.6	1	0.8
2.	Малая кривизна желудка (з. Deulafoy)	1	13	2	3	1	20	15	11.0	4	2.9
3.	Тело желудка	2	2	1	1		6	6	4.4	2	1.4
4.	Анtrum		1	4			5				
5.	Пилорус		2	2			4	2	1.5	2	1.4
6.	Передняя стенка ЛДПК	2	10	18	3		33	8	5.8	1	0.8
7.	Задняя стенка ЛДПК	15	27	12	13		67	20	14.4	9	6.6
8.	Всего	21	56	39	20	1	137	53	38.7	19	13.9

Таблица 5

Зависимость степени устойчивости местного гемостаза от степени кровопотери

№	Степень устойчивости гемостаза	Степень кровопотери		
		легкая	средняя	тяжелая
1.	Продолжающееся кровотечение 26(19,0%)	3(2,2%)	19(13,9%)	4(3,0%)
2.	Неустойчивый гемостаз 53(38,7%)	17(12,4%)	28(20,4%)	8(5,8%)
3.	Устойчивый гемостаз 58 (42,3%)	32(23,4%)	18(13,1%)	8(5,8%)
4.	ВСЕГО 137(100%)	52(38,0%)	65(47,4%)	20(14,6%)

Каждый случай рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения был подвергнут тщательному анализу для выявления возможных предшествующих причин и закономерностей. В результате анализа была установлена зависимость между увеличением размера язвенного дефекта в динамике и рецидивом кровотечения. Так был разработан способ прогноза риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения путем введения нового критерия оценки степени риска рецидива – увеличение размера язвенного дефекта в динамике.

Изменение устойчивости местного гемостаза в зависимости от размера язвы

№	Размер язвы	Неустойчивый гемостаз 53 (100%)	Рецидив кровотечения 19 (100%)
1.	до 0,5 см	7 (13,2%)	4 (21,1%)
2.	до 1,0 см	9 (17,0%)	1 (5,4%)
3.	до 1,5 см	17 (32,1%)	2 (10,5%)
4.	до 2,0 см	9 (17,0%)	6 (31,5%)
5.	свыше 2,0 см	11 (20,7%)	6 (31,5%)

Предлагаемый способ прогнозирования рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений заключается в проведении фиброгастродуоденоскопии и определении размера язвенного дефекта, локализации, степени устойчивости гемостаза по Forrest (1974), причем при неустойчивом гемостазе исследование выполняют в динамике через каждые 6 часов в течение первых суток, затем один раз в сутки в течение вторых и третьих суток. Отсутствие нарастания диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному трактуется как низкая степень риска рецидива кровотечения; при увеличении диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 1,5-2 раза в течение 12-72 часов прогнозируют высокую степень риска рецидива кровотечения, а нарастание диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 2 раза и более свидетельствует о значительной степени риска рецидива кровотечения.

Выполнение фиброгастродуоденоскопии по возможности дополняется эндовидеосъемкой. Указанный способ применим при язвенных дефектах любого размера, в том числе малого диаметра (0,5 см). Он прост, а потому применим для любого стационара. Способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений был разработан в ходе лечения 16 больных с данной патологией, с различной величиной язвенного дефекта, причем у 4 из них диаметр язвенного дефекта изначально был 0,5 см. Пациенты, которым выполняли эндоскопический гемостаз (диатермокоагуляцию, периульцерозное обкалывание спиртом с новокаином), при разработке указанного способа в расчет не принимались в силу возможности искажения достоверности результатов. У всех больных возник рецидив кровотечения в стационаре. Эмпирически был подобран режим мониторинга, и оптимальным для наблюдения и выявления риска повторного кровотечения оказался временной интервал, равный 6 часам в течение первых суток, а далее один раз в сутки в течение вторых и третьих суток.

С целью изучения нарушений в системе сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза проанализированы значения коагулограммы у 69 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 47 (68,1%) человек, женщин – 22 (31,9%). Больных с легкой степенью кровопотери было 24 (34,8%), со средней степенью – 25 (36,3%), с тяжелой степенью кровопотери – 20 (28,9%) человек, т.е. доля пациентов со средней и тяжелой кровопотерей составила 65,2%. Показатели коагулограммы были изучены на 1, 2,

3, 7, 10 сутки постгеморрагического периода. Контрольную группу составили 12 больных с язвенной болезнью вне обострения.

В первые сутки выявляются признаки ДВС-синдрома и гиперкоагуляции, причем степень этих нарушений пропорциональна степени кровопотери. В этот период наблюдается укорочение АЧТВ, снижение числа тромбоцитов, уровня ПТИ, а также признаки ДВС-синдрома в виде положительного этанолового теста, теста на фибриноген В, повышения РФМК. Все указанные изменения были достоверны при кровопотере средней и тяжелой степени ($p < 0,05$).

Со 2 по 3 сутки наблюдаются разнонаправленные сдвиги в системе сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза за счет проводимой инфузионно-трансфузионной, гемостатической терапии, а также оперативных вмешательств. Достоверно выявляются признаки нормо-, гипер- и гипокоагуляции ($p < 0,05$).

С 7 по 10 сутки основные показатели системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза приближаются к нормальным величинам. В этот период наблюдается укорочение АЧТВ с $34,1 \pm 1,8$ до $32,8 \pm 1,54$, ($p < 0,0001$), что, по всей видимости, объясняется проведением гемостатической терапии.

Таким образом, система сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза в постгеморрагическом периоде претерпевает существенные изменения, особенно у больных со средней и тяжелой степенью кровопотери.

В течение постгеморрагического периода мы выделили 3 фазы:

1 фаза – 1 сутки – фаза гиперкоагуляционных расстройств и признаков ДВС-синдрома

2 фаза – 2-3 сутки – фаза разнонаправленных сдвигов

3 фаза 7-10 сутки – фаза восстановления показателей системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза

С целью уточнения выявленных нами изменений в системе сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза проведен сравнительный анализ коагуляционных расстройств в двух группах больных (табл. 7). В первой группе возник рецидив кровотечения (19 больных), во второй группе рецидивов кровотечения не отмечалось (16 больных). Рецидивы язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов первой группы возникли в первые пять суток постгеморрагического периода, причем у 9 (47,4%) больных рецидив кровотечения возник в первые трое суток. Пациенты второй группы получали консервативную терапию 11 человек (68,8%); часть из них были прооперированы в отсроченном и плановом порядке 5 человек (31,2%).

В зависимости от усиления или ослабления активности свертывающей системы, а также фибринолитической активности изменения коагулограммы разделили на нормокоагуляцию, гиперкоагуляцию, гипокоагуляцию, гиперфибринолиз. При нормокоагуляции все показатели коагулограммы находились в пределах нормальных величин. При гипокоагуляции наблюдалось достоверное снижение уровня ПТИ, количества фибриногена, повышение АЧТВ, ПТВ, времени рекальцификации плазмы, ($p < 0,05$). Гиперкоагуляция характеризовалась снижением АЧТВ, ПТВ, времени рекальцификации плазмы, повышением уровня ПТИ, количества фибриногена ($p < 0,05$).

Таблица 7

Сравнительная характеристика коагуляционных расстройств у больных с рецидивом язвенных гастродуоденальных кровотечений

Изменения коагулограммы	Группы больных в зависимости от наличия рецидива в стационаре	
	С рецидивом ЯГДК	Без рецидива ЯГДК
Нормокоагуляция	4 (21,5%)	6 (37,5%)
Гиперкоагуляция	-	2 (12,5%)
Гипокоагуляция	12 (68,4%)	6 (37,5%)
Разные сдвиги	3 (10,1%)	2 (12,5%)
Итого:	19 (100%)	16 (100%)
В т.ч. гиперфибринолиз	5 (26,3%)	2 (12,5%)

Разные сдвиги трактовались нами при усилении активности свертывающей системы (снижение АЧТВ), на фоне снижения уровня ПТИ. Из данных таблицы 7 видно, что в постгеморрагическом периоде у больных с рецидивом язвенных гастродуоденальных кровотечений чаще всего отмечались явления гипокоагуляции (68,4%) и гиперфибринолиза (26,3%), тогда как у больных второй группы данные показатели составили 37,5% и 12,5% соответственно.

Наши клинические наблюдения за пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями показали, что при рецидивных кровотечениях при поступлении больных в стационар первоначально могут иметь место явления гиперкоагуляции, проявляющиеся уменьшением времени рекальцификации, АЧТВ, положительным этаноловым тестом. Однако на 2-3 сутки картина резко меняется и гиперкоагуляция сменяется гипокоагуляцией.

Такое изменение в системе сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза требует постоянного контроля за лабораторными показателями коагулограммы с целью оценки устойчивости гемостаза, диагностики ДВС-синдрома и прогноза рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, а также с целью выбора оптимального способа лечения пациентов. Указанные выше изменения системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза заставили нас проводить мониторинг этих показателей при консервативном лечении, а также в послеоперационном периоде у больных со средней и тяжелой кровопотерей в рамках активной дифференцированной тактики.

С целью патоморфологического обоснования нового способа прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений нами проведено микроскопическое исследование препаратов желудка и двенадцатиперстной кишки у 5 пациентов (3 больных с язвой желудка, 2 – с язвой двенадцатиперстной кишки), прооперированных по поводу рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. При микроскопическом исследовании препаратов после операций выявлены особенности гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением. Морфологические признаки хронической тканевой гипоксии в виде склероза, облитерации участков микроциркуляторного русла, признаки острого локального нарушения кровообращения в виде сладжа,

тромбоза, отека, кровоизлияний и особенно участки некрозов в тканях непосредственно не подверженных действию желудочного сока, дали возможность предположить причинно-следственную связь между местной гипоксией, развитием прогрессирующего ишемического некроза и рецидивом язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Влияние кислотно-пептического фактора, хотя и в меньшей степени, за счет медикаментозного подавления секреции, нарушения системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза, микроскопическая картина ишемического некроза позволили представить патогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов следующим образом: язвенные гастродуоденальные кровотечения развиваются на фоне обострения язвенной болезни, рецидив язвенных кровотечений происходит вследствие ишемического повреждения расположенных в глубине периульцерозной зоны тканей, в том числе стенки сосудов. Причиной возникновения ишемического некроза является критическая гипоперфузия периульцерозной зоны, связанная с системной кровопотерей, редукцией кровотока в желудочно-кишечном тракте, коагулопатией и исходными расстройствами микроциркуляции в случае хронических язв. По всей видимости, на стадии некроза обратное развитие процесса невозможно и рецидив кровотечения неизбежен. Морфологические же признаки гипоксии, прогрессирующего некроза в виде склероза, уменьшения кровотока, сладжа, тромбоза кровеносных сосудов, наличия отека и многочисленных кровоизлияний стенки желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенных гастродуоденальных кровотечениях подтверждают роль этих факторов в развитии рецидива кровотечения (рис. 2).



Рис. 2. Патогенез развития язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов

Больные контрольной группы были разделены на 2 группы: 1 группа – больные, пролеченные консервативно или оперированные в плановом порядке; 2 группа – больные, прооперированные в экстренном и отсроченном порядке (группа «ранней» операции). Нами изучены 53 фактора и 320 признаков определяющих осложненное течение язвенной болезни у 137 больных; в результате анализа выделено 15 факторов и 47 признаков, которые встретились у всех пациентов указанной группы в той или иной степени.

Многофакторное изучение весовых коэффициентов показания к ранней операции осуществляли с помощью отношения правдоподобия «К» [Шиган Е.Н., 1986]. Данный показатель, применительно к нашим исследованиям, свидетельствует, во сколько раз вероятность показания к ранней операции превышает вероятность консервативного и планового оперативного лечения. На основе избранной методики определения весовых коэффициентов, выражающих величины прогностических показателей рассматриваемых факторов показания к ранней операции, разработанной Е.В. Гублером (1964), Е.Н. Шиганом (1986), получена многофакторная оценочная таблица для прогнозирования показания к раннему оперативному вмешательству при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (табл. 8).

Данная таблица позволяет определить вероятность показания для ранней операции при гастродуоденальных кровотечениях путем суммирования значений прогностических коэффициентов у пациента. Причем вероятность ранней операции тем выше, чем больше прогностический коэффициент и отсутствует при отрицательном и нулевом значении прогностического коэффициента.

После разработки указанного выше способа прогноза рецидива кровотечения, он был применен в клинической практике в группе пациентов, в отношении которых применялась активная дифференцированная тактика.

С 1989 по 1996 год в клинике военно-полевой хирургии в отношении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применялась активно-выжидательная тактика (табл. 9).

Из таблицы 9 видно, что в рамках активно-выжидательной тактики проходили лечение 137 пациентов.

При этом 82 больных (59,9%) пролечены консервативно, из них 18 (22,0%) – с язвой желудка, 64 (78,0%) – с язвой двенадцатиперстной кишки. Общая летальность составила 6,6%. На фоне консервативного лечения мы наблюдали 2 летальных исхода (2,6%): 1 пациент умер от инфаркта миокарда, 1 пациент - от тромбоэмболии легочной артерии; 55 человек (40,1%) были подвергнуты оперативному лечению, из них 14 больных (25,5%) с язвой желудка, 32 (58,2%) – с язвой двенадцатиперстной кишки, 9 (16,4%) – с сочетанием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. На фоне оперативного лечения умерло 7 (12,7%) пациентов, из них 2 - вследствие несостоятельности швов анастомоза, 2 - от рецидива кровотечения, 2 - от тромбоэмболии легочной артерии, 1 больной от инфаркта миокарда.

Многофакторная таблица прогнозирования раннего оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Прогностические факторы	Прогностический коэффициент ранней операции	Прогностический коэффициент консервативного и планового оперативного лечения
1	2	3
1. Кровавая рвота - один раз - два раза - многократно	46,0 64,5	-63,8
2. Геморрагический шок - легкая степень - средняя, тяжелая степень - шока нет	63,6	-3,6 -39,7
3. Систолическое АД (мм.рт.ст.) - до 100 - до 80 - менее 80	53,9 86,5	-49,4
4. Частота пульса (уд/мин) - до 100 - до 120 - свыше 120	64,1 33,6	-49,4
5. Локализация язвы - зона Deulafoa - задняя стенка ДПК - прочие локализации	87,1	-17,3 -49,8
6. Гемостаз по Forrest - Forrest 1 А - Forrest 1 В-2 В - Forrest 2 С-3	104,6	-40,3 -109,6
1	2	3
7. Острые язвы, эрозии - есть - нет	35,9	-18,1
8. Пенетрация - есть -нет	46,2	-42,0
9. Размер язвы (см) - до 1,0 - до 2,0 - свыше 2,0	31,8 31,5	-54,7
10. Концентрация Нб (г/л) - до 100 - до 80 - менее 80	73,3	-69,8 -3,9
11. Уровень Нт (%) - до 35 - до 30 - менее 30	90,9	-63,8 -2,4
12. Количество Эр ($\times 10^{12}/л$) - до 3,5 - до 2,0 - менее 2,0	85,8	-60,8 -11,1
13. Уровень ПТИ (%) - до 90 - до 70 - менее 70	111,3	- 40,1 -12,5
14. АЧТВ (с) - увеличения нет - увеличение в 1,5-2 раза	51,2	-15,9
15. Концентрация фибриногена (г/л) - до 2,0 - менее 2,0	45,7	-17,4

Таблица 9

Исходы консервативного и оперативного лечения при активно-выжидательной тактике (1989 – 1996 г.г.)

№	Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение		Итого	
		Абс.	Лет-ть	Абс.	Лет-ть	Абс.	Общ. Лет-ть
1.	Язва желудка	18	2(2,6%)	14	5(10,0%)	32	7(5,1%)
2.	Язва ДПК	64	-	32	2(2,7%)	96	2(1,5%)
3.	Сочетание язвы желудка и ДПК	-	-	9	-	9	-
4.	ВСЕГО	82	2(2,6%)	55	7(12,7%)	137	9(6,6%)

При таком подходе основу хирургической тактики составили плановые операции, из которых большая часть была представлена резекцией желудка по Бильрот-2. При экстренных оперативных вмешательствах выполнялись паллиативные операции.

С 1996 по 2005 год нами стала применяться активная дифференцированная тактика, основанная на определении тяжести состояния пациента, степени устойчивости гемостаза при динамической фиброгастроуденоскопии, вероятности развития рецидива кровотечения и на активном хирургическом подходе с выполнением патогенетически обоснованных операций, в том числе и радикальных. При тяжелом состоянии больного, сопутствующей патологии в стадии декомпенсации выполнялись паллиативные операции.

Под нашим наблюдением в рамках активной дифференцированной тактики находилось 125 пациентов (табл. 10): консервативное лечение получали 68 (54,4%), а оперативное лечение – 57 (45,6%) больных. На фоне консервативного лечения летальных исходов не наблюдалось. Оперативному лечению были подвергнуты 12 (21,1%) больных с язвой желудка, 30 (52,6%) – с язвой двенадцатиперстной кишки, 7 (12,3%) – с сочетанием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 8 (14,0%) – с сочетанием кровотечения и перфорации.

На фоне оперативного лечения наблюдалось 3 (5,3%) летальных исхода (1 больной умер от несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, 2 пациентов вследствие развития перитонита и полиорганной недостаточности). Случаи рецидива кровотечения нами встретились у 2 (1,6%) пациентов с язвой задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Общая летальность составила 2,4%.

В зависимости от данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания и результатов обследования хирургическая тактика строилась на активном индивидуальном подходе.

Исходы консервативного и оперативного лечения при активной дифференцированной тактике (1996 – 2005 г.г.)

№	Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение		Итого	
		Абс.	Лет-ть	Абс.	Лет-ть	Абс.	Общ. лет-ть
1.	Язва желудка	12	-	12	-	24	-
2.	Язва ДПК	56	-	30	1(1,8%)	86	1(0,8%)
3.	Сочетание язвы желудка и ДПК	-	-	7	-	7	-
4.	Сочетание кровотечения и перфорации	-	-	8	2(3,5%)	8	2(1,6%)
5.	ВСЕГО	68	-	57	3(5,3%)	125	3(2,4%)

Неотложные операции выполнили 16 больным (28,1%) в течение 2 часов с момента поступления больного при продолжающемся струйном кровотечении, при диффузном кровотечении средней и тяжелой степени, при рецидиве кровотечения в стационаре, при безуспешности эндоскопического гемостаза, при положительном значении прогностического коэффициента, при сочетании кровотечения и перфорации.

Отсроченные операции выполнили 18 больным (31,6%) в течение 2-72 часов на фоне проведения инфузионно-трансфузионной терапии и динамической фиброгастроуденоскопии при неустойчивом гемостазе, размере язвы 2,0 см и более, локализации язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, зоне Deulafoy, при динамическом увеличении язвенного дефекта в течение 12-72 часов и высоком, и значительном риске рецидива кровотечения, при положительном значении прогностического коэффициента, при наличии клинически и эндоскопически подтвержденного факта пенетрации, при агрессивном течение язвенной болезни (частые обострения, наличие в анамнезе факта перфорации язвы, либо язвенного кровотечения), больным “группы риска операции”, нуждающимся в коррекции постгеморрагической анемии, нарушений функций органов и систем, при декомпенсированном пилоробульбарном стенозе.

Плановые операции выполнили 23 больным (40,3%) спустя 4-6 недель после восстановления показателей красной крови, свертывающей системы и коррекции белково-энергетической недостаточности с доброкачественным протеканием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (редкие обострения, отсутствие в анамнезе данных о развитии острых осложнений), при локализации хронической язвы в желудке, при сочетании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с признаками устойчивого гемостаза, при кровопотери легкой степени и низкой степени риска рецидива кровотечения, при нулевом или отрицательном значении прогностического коэффициента, при наличии компенсированного и субкомпенсированного пилоробульбарного

стеноза. Таким больным назначался курс консервативной противоязвенной терапии и через 2 недели после его начала выполнялось контрольное обследование.

Оперативно-технические мероприятия строились на активном использовании резекционных способов оперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. Предпочтение мы отдавали резекции желудка по Бильрот-1, как при язвах желудка, так и при язвах двенадцатиперстной кишки, позволяющей осуществить радикальный гемостаз, воздействовать на патогенез язвообразования. Резекционные способы нами применялись в отсроченном и плановом порядке, в случаях продолжающегося кровотечения при кровопотере легкой, средней степени и неудачной попытке эндоскопического гемостаза. При продолжающемся кровотечении на фоне кровопотери тяжелой степени, больным с тяжелой сопутствующей патологией выполняли паллиативные операции в виде гастро(дуодено)томии, прошивания, иссечения язвы, перевязки левой желудочной артерии, а также стволовую ваготомию с дренирующей операцией (табл. 11).

Таблица 11

Характер выполненных оперативных вмешательств

№	Вид оперативного вмешательства	Активно-выжидательная тактика 137	Активная дифференц. тактика 125
1.	Резекция желудка по Бильрот - 1	7	32
2.	Резекция желудка по Бильрот - 2	28(4)	4(1)
3.	Резекция желудка по Ру	-	10
4.	Стволовая ваготомия, пилоропластика	8	4
5.	Гастро(дуодено)томия, прошивание язвы, иссечение язвы, перевязка сосудов, СВ	12(3)	7(2)
6.	ВСЕГО	55(7)	57(3)

Примечание: в скобках указано число умерших больных

Из данных таблицы 11 видно, что в рамках активно-выжидательной тактики было прооперировано 55 (40,1%) больных, в ходе активной дифференцированной тактики – 57 (45,6%).

При активно-выжидательной тактике основу оперативного лечения составили плановые операции, при этом 20,4% составила резекция желудка по Бильрот – II (28 больных), тогда как резекция желудка по Бильрот – I была выполнена у 7 (5,1%) пациентов. При экстренных операциях выполняли в основном паллиативные операции в виде гастро- или дуоденотомии, прошивания, иссечение язвы и перевязки левой желудочной артерии -12 (8,7%) больных.

При активной дифференцированной тактике основу оперативных вмешательств составили резекция желудка по Бильрот – I (32 пациента – 25,6%), а

также резекция желудка по Ру, на долю которой пришлось 10 больных (8%). Резекционные вмешательства выполнялись в отсроченном и плановом порядке. В экстренном порядке больным с сопутствующей патологией в стадии суб- и декомпенсации, тяжелой кровопотерей, неудачной попытки эндоскопического гемостаза выполняли паллиативные операции в виде гастро(дуодено)томии, прошивания и тампонирования кровоточащей язвы гемостатической губкой, перевязки левой желудочной артерии, по возможности стволовой ваготомии с дренирующей операцией - 5,6% (7 больных).

По времени выполнения оперативные вмешательства распределились следующим образом (табл. 12).

Таблица 12

Виды оперативных вмешательств при различных тактических подходах

Вид операций	Активно-выжидательная тактика	Активная дифференцированная тактика
Экстренные операции	21	16
Отсроченные операции	2	18
Плановые операции	32	23
ИТОГО	55	57

Обращает на себя внимание рост числа отсроченных операций (в 9 раз) при активной индивидуализированной тактике, что вызвано прогнозированием риска повторного кровотечения, что позволило оперировать больных, не дожидаясь рецидива.

С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, моторно-эвакуаторных нарушений функции культи желудка в первые 4–5 суток после операции проводили следующие мероприятия:

- адекватное обезболивание, особенно в первые сутки после оперативного вмешательства с активным использованием перидуральной анестезии;
- инфузионно-трансфузионная терапия, гемостатическая терапия, профилактика развития ДВС-синдрома, коррекция водно-электролитных нарушений;
- декомпрессия культи желудка;
- раннее зондовое энтеральное питание;
- ранняя активизация больных;
- профилактика общехирургических осложнений.

Средний послеоперационный койко-день составил $16,2 \pm 5,1$ дней.

На снижение послеоперационной летальности более чем в 2 раза оказало влияние применение на практике активной индивидуализированной тактики, многофакторного прогноза консервативного лечения и сроков оперативного вмешательства и алгоритмов оказания помощи больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Кроме того, все больные с неустойчивым гемостазом, кровопотерей средней и тяжелой степени, нестабильностью гемодинамики проходили динамическое наблюдение и интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения.

В ходе диагностического поиска в приемном отделении в обязательном порядке измеряется пульс, артериальное давление, индекс шока, исследуются показатели красной крови, тщательно собирается анамнез заболевания, больной осматривается *per rectum* (рис. 3).

Для упрощения оказания помощи больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, начиная уже с приемного отделения, мы использовали сортировочный алгоритм (рис. 4).

При проведении фиброгастродуоденоскопии особое внимание уделяется устойчивости местного гемостаза. В зависимости от этого строится дальнейшая тактика ведения больного с кровотечением. Совместно с эндоскопистом в обязательном порядке уточняется локализация, размер язвы, а при динамической фиброгастродуоденоскопии – увеличение размера язвенного дефекта в динамике (рис. 5).

Оперативно-технические мероприятия строились нами в зависимости от степени кровопотери, устойчивости местного гемостаза, наличия сопутствующей патологии.

При продолжающемся кровотечении (Forrest 1A) на фоне кровопотери тяжелой степени, больным с тяжелой сопутствующей патологией выполняли паллиативные операции в виде гастро- или дуоденотомии, прошивании кровоточащего сосуда в дне язвы, перевязки левой желудочной артерии. При больших и гигантских язвах использовали тампонирование кратера язвенного дефекта гемостатической губкой.

При продолжающемся кровотечении (Forrest 1A), при неустойчивом гемостазе (Forrest 1B-2B), высоком и значительном риске рецидива кровотечения, кровопотере легкой и средней степени, локализации язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке, при размерах язвенного дефекта 2,0 см и более, при наличии сопутствующей патологии в стадии суб-, декомпенсации, при наличии сопутствующего пилоробульбарного стеноза выполняли резекцию желудка, причем предпочтение отдавали способу резекции по Бильрот – 1. Больным с тяжелой кровопотерью, наличием сопутствующей патологии в стадии декомпенсации, больным группы «риска операции» выполняли иссечение язвы, стволовую ваготомию и пилоропластику по Гейнеке-Микуличу или Финнею. Резекцию желудка по Бильрот – 2 выполняли в случаях постбульбарных язв, суб- и декомпенсированного дуоденостаза, выраженной пенетрации в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку, когда невозможно наложить анастомоз по типу «конец в конец». В случаях наличия указанных выше признаков, а также наличия рубцово-язвенного инфильтрата в области двенадцатиперстной кишки, при сочетанном осложнении язвенной болезни (пенетрация, стеноз, кровотечение) предпочтение отдавали резекции желудка по Ру.

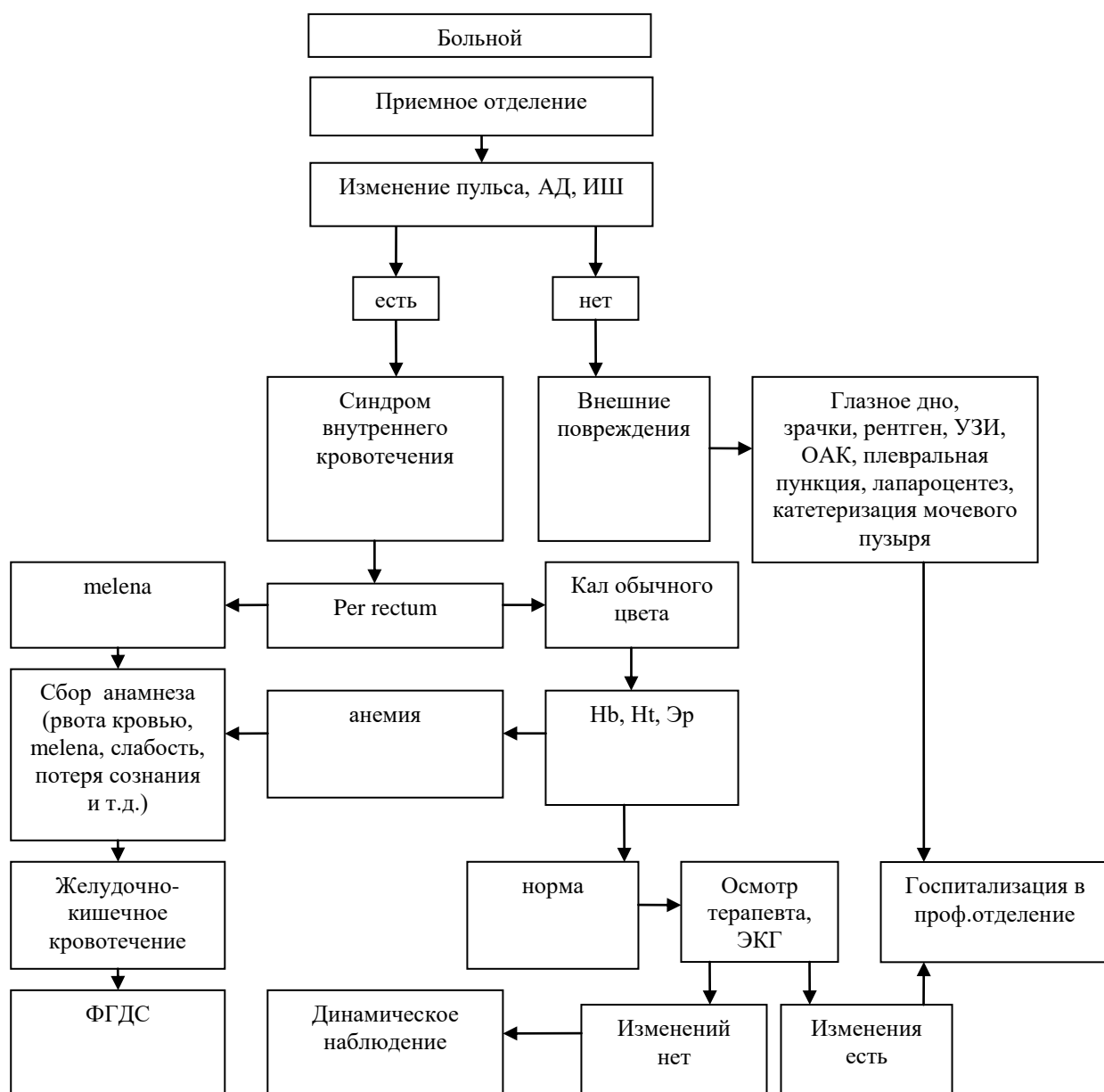


Рис. 3. Диагностический алгоритм при поступлении больного с желудочно-кишечным кровотечением

<p><u>1 группа – нуждающиеся в экстренной операции:</u></p> <p>- продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение.</p> <p>Эвакуация в положении лежа на носилках в операционную</p>	<p><u>2 группа – подлежащие госпитализации в ОРИТ:</u></p> <p>- остановившееся желудочно-кишечное кровотечение, неустойчивый гемостаз, высокая и значительная степень риска рецидива кровотечения;</p> <p>- больные со средней и тяжелой кровопотерей, нестабильной гемодинамикой;</p> <p>- группа «риска операции».</p> <p>Эвакуация в положении лежа на носилках в отделение реанимации и интенсивной терапии.</p>	<p><u>3 группа – подлежащие госпитализации в ХО:</u></p> <p>- остановившееся желудочно-кишечное кровотечение, устойчивый гемостаз;</p> <p>- остановившееся желудочно-кишечное кровотечение, неустойчивый гемостаз, низкая степень риска рецидива кровотечения;</p> <p>- не выявленный источник кровотечения, признаки состоявшегося кровотечения.</p> <p>Эвакуация в хирургическое отделение в положении лежа на носилках при нестабильности гемодинамики, при отсутствии нарушений гемодинамики в сопровождении медицинского работника</p>
--	---	--

Рис. 4. Сортировочный алгоритм при поступлении больного с желудочно-кишечным кровотечением

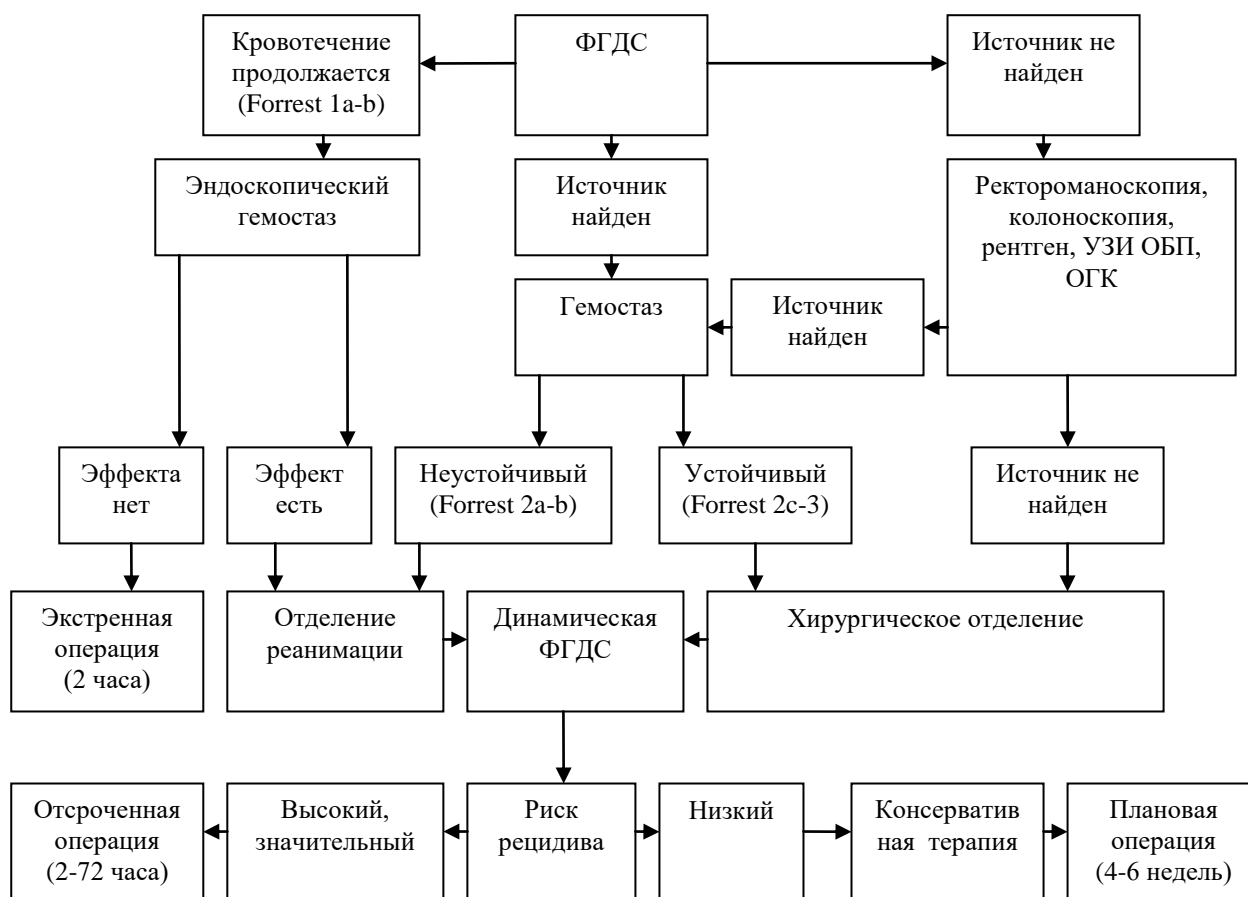


Рис. 5. Лечебно-тактический алгоритм при поступлении больного с желудочно-кишечным кровотечением

ВЫВОДЫ

1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, по данным клиники военно-полевой хирургии, составляют 65% от всех желудочно-кишечных кровотечений и не имеют тенденции к снижению, причем каждый 6 пациент – это больной в возрасте 60 лет и старше. При этом рецидивные кровотечения составляют 13,9% при применении активно-выжидательной тактики и 1,6% при использовании активной индивидуализированной тактики.

2. Увеличение размеров язвенного дефекта при динамической фиброгастродуоденоскопии у больных с неустойчивым гемостазом является признаком высокого риска рецидива кровотечения и показанием для раннего оперативного вмешательства.

3. Применение многофакторной таблицы прогнозирования способов консервативного или оперативного лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями позволяет достоверно определить дальнейшую хирургическую тактику в зависимости от значения прогностического коэффициента.

4. Использование активной индивидуализированной тактики, основанной на прогнозировании риска рецидива кровотечения, выполнении отсроченных операций, не дожидаясь развития повторного кровотечения, позволило снизить

общую летальность с 6,6% до 2,4%, а послеоперационную летальность с 12,7% до 5,3%.

5. Для оптимизации диагностики, сортировки и лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, предупреждения развития дефектов оказания хирургической помощи разработаны и внедрены в практику диагностические, сортировочные, лечебно-тактические и оперативно-технические алгоритмы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, признаками неустойчивого гемостаза необходимо проводить динамическую фиброгастродуоденоскопию. При увеличении размеров язвенного дефекта следует более настойчиво ставить показания к оперативному лечению.

2. Использование сортировочных, диагностических, лечебно-тактических и оперативно-технических алгоритмов при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями позволяет оптимизировать оказание помощи этой группе пациентов. Применение указанных алгоритмов позволяет достичь единого подхода к лечению больных с язвенными кровотечениями.

3. В послеоперационном периоде у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо с первых суток проводить энтеральное питание и декомпрессию желудка при помощи двухпросветного назогастроинтестинального зонда.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Изобретения и рационализаторские предложения

1. Патент на изобретение №2254048 «Способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений», Бюл. №17 от 20.06.2005 (соавт. Жерлов Г.К., Баширов Р.С., Сахаров В.В., Баширов С.Р.).

2. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ радикальной S-образной дуоденопластики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным кровотечением, в условиях выраженных морфологических изменений окружающих тканей». - № 670 от 04.04.2005 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В., Баширов С.Р., Федоров Д.Ю.).

Печатные работы по теме диссертации

3. Опыт применения интраоперационного резервирования аутокрови у больных хирургического профиля // Актуальные вопросы военной медицины. Материалы юбилейной конференции посвященной 200-летию Российской военно-медицинской академии. – Томск, 1999. – С. 130-131 (соавт. Воробьев В.М., Мельников И.М., Якунина А.Ф.).

4. Опыт хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Актуальные вопросы экологии. Сб. научных работ. – Томск, 2004. – С. 24.

5. Морфогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений и их рецидивов // Мембранные и молекулярные механизмы регуляции функций гладких мышц. Материалы симпозиума с международным участием, посвященного 115-летию кафедры физиологии Томского государственного университета и Сибирского государственного медицинского университета. – Томск, 2004. – С. 101-102.

6. Прогнозирование рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений // Сборник статей по результатам Всероссийской 63-й итоговой студенческой конференции им. Н.И. Пирогова. – Томск, 2004. – С. 303.

7. Диагностика и лечение рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений // Материалы десятой Российской гастроэнтерологической недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – Москва, 2004. – Приложение № 23, Т. 14, № 5. – С. 48 (соавт. Баширов Р.С.).

8. Пути улучшения результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – Иркутск, 2005. – № 3(41). – С. 277-279 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В., Арсеньев Д.В.).

9. Сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией, перфорацией и стенозом, с кровоточащей язвой субкардиального отдела желудка // Актуальные вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров. Материалы научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, посвященной 40-летию образования Томского военно-медицинского института. – Томск, 2005. – С. 25-27 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В., Виноградов С.В.).

10. К вопросу о хирургической тактике при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Актуальные вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров. Материалы научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, посвященной 40-летию образования Томского военно-медицинского института. – Томск, 2005. – С. 27-28 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В.).

11. К вопросу о возможности прогнозирования рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Сборник научно-практических работ, посвященный 120-летию Красноярского военного госпиталя. – Красноярск, 2005. – С. 44-45 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В.).

12. Оптимизация хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Сборник научно-практических работ, посвященный 120-летию Красноярского военного госпиталя. – Красноярск, 2005. – С. 45-48 (соавт. Баширов Р.С., Сахаров В.В.).