

**ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

**Новые тенденции в лечении больных с острыми  
желудочно-кишечными кровотечениями**

**Проф. В.Д. Братусь**

Не уменьшающееся количество больных с острыми желудочными кровотечениями (ОЖКК), тяжесть течения и высокая летальность, оставляют эту проблему по-прежнему актуальной. Мы располагаем опытом обследования и лечения свыше 21 тысячи больных с ОЖКК за более чем 30-летний период. Естественно, исследования касались, главным образом, больных с кровотечениями язвенной природы, т.к. на их долю приходится более половины всех ОЖКК и от тактики хирурга, в большей мере, чем при всех других заболеваниях, приводящих к острой геморрагии, зависит исход. Есть основания условно делить нашу работу в этой проблеме на три периода.

**Первый период** /до 1981г./, когда мы не располагали возможностью концентрировать этих больных в одной клинике, не располагали современными методами экстренной дифференциальной диагностики, эффективными средствами противошоковой терапии и не применялись органосохраняющие операции в лечении язвенных кровотечений. Мы не приводим статистических данных этого периода. Однако, проведенные тогда патогистологические и гистохимические исследования и сейчас представляют ценность, так как помогают уяснить природу возникающего у больного язвой патологического нарушения непрерывности сосудов в стенке желудка. Были подвергнуты изучению ткани язвенного кратера и слизистой оболочки резецированного желудка в разных отдаленных участках от язв и обнаружено, что острые кровотечения при этом возникают на фоне обострения воспаления слизистой, окружающей язву, распространения некротических процессов в кратере язвы на стенки расположенных там сосудов. Обнаружено, что на дне хронической каллезной язвы просвет аррозированного сосуда вследствие некроза его стенки, заполнен малоорганизованным тромбом, способствующим уменьшению массивности кровотечения. Ввиду этого, профузное кровотечение возникает лишь при аррозии крупного сосуда на дне язвы. Аррозии небольших сосудов вызывают опасные кровотечения при расположении их по краям язвы, где еще сохранена слизистая. Обнаружено так же, что при обострении язвенной болезни, часто предшествующем возникновению кровотечения, усиливается агрессивное воздействие ферментов желудка на слизистую, что усиливает некротические процессы в кратере язвы. На остроту кровотечения при этом влияет глубина и локализация язвенного дефекта. Однако, при этом включаются и приспособительные механизмы, нередко обеспечивающие самопроизвольную остановку кровотечения. Это происходит вследствие сокращения и вворачивания интимы аррозированного сосуда. Наряду с этим, возникающая гипотензия и анемизация тканей, облегчают тромбирование кровоточащих артерий и вен.

Иногда не удается ни при эндоскопии, ни при макро- и микроскопическом исследовании резецированного желудка найти аррозированный сосуд в кратере, а гистохимические исследования обнаруживают, что кровотечение при этом было диапедезным, вследствие увеличения порозности эндотелия капилляров слизистой и понижения свертывающей способности крови. Такие кровотечения открываются в просвет желудка через множественные мелкие эрозии слизистой. Впрочем, состояние геморрагического диатеза, несомненно, способствует возникновению и аррозивного кровотечения из сосудов в кратере язвы. Ведь острые профузные кровотечения наблюдаются не более чем у 20% больных, страдающих хроническими каллезными язвами. На дне этих язв, несомненно, подвергаются некрозу и стенки сосудов, однако это только иногда ведет к профузной геморрагии.

**Второй период**, начало которому положено созданием специализированной клиники в 1981 г., характеризуется наиболее всесторонним изучением проблемы, когда был введен в практику метод фиброгастроскопии, разработаны и осуществлены современные меры лечения геморрагического шока, а в лечение язвенных больных - органосохраняющие операции на основе ваготомии. Установлено, что ведущей причиной возникновения шока при острой геморрагии является резкое уменьшение объема циркулирующей крови, опустошение кровяного русла. Быстро возникающая при этом избирательная вазоконстрикция, вследствие большого выброса в кровь катехоламинов, до поры до времени компенсирует гемодинамику, поддерживая необходимую скорость кровотока. Вскоре механизм компенсации кровопотери дополняется разбавлением крови за счет гемодилюции тканевой жидкостью, а затем – и за счет внутривенных инфузий. Однако, длительная компенсаторная вазоконстрикция и поддержание жизнедеятельности периферических тканей за счет анаэробного гликолиза, обуславливают опасное накопление в организме токсических продуктов неполного расщепления белка. Известно, что после потери 20% ОЦК, уже заметно снижается печеночный кровоток, образуются очаги некроза печени, развивается гипоксия. В возникающем при этом нарушении КОС создаются условия развития необратимого шока. Ввиду этого, в такой ситуации, мы стремимся всеми средствами обеспечить гемостаз и, одновременно, вводим препараты, восполняющие ОЦК, выравнивающие центральную гемодинамику, а затем - устраняющие избирательную вазоконстрикцию. Поняв механизм гиповолемических нарушений, мы научились успешно бороться с ранним шоком в первые 10-12 часов после его возникновения. Однако, лечение позднего шока, когда в патогенезе преобладают гипоксидоз, нарушение КОС, накопление токсических продуктов, представляет намного более трудную

задачу, своевременно не справившись с которой - теряем больного. Интенсивная терапия при шоке включает введение кристаллоидных, коллоидных растворов, белковых препаратов и глобулярных компонентов крови в соотношениях и количествах, зависящих от уровня потери ОЦК и времени, прошедшего после начала профузного кровотечения.

С 1980 г. мы пользуемся методикой фиброскопии. Это решило важнейшую, до того почти неразрешимую проблему экстренной дифференциальной диагностики источника кровотечения, дало возможность визуальной характеристики морфологических изменений стенки желудка в месте дислокации этого процесса, определения продолжается еще кровотечение или остановилось. Вскоре научились при продолжающемся кровотечении, через манипуляционный канал эндоскопа, выполнять диатермокоагуляцию тканей, окружающих кровоточащий сосуд, а затем заливать кратер язвы гемостатическими или пленкообразующими жидкостями. Этим, почти всегда, удается добиться остановки кровотечения. Эндоскопист в этой ситуации оказывается не менее важным участником бригады, чем хирург. Понимая, что по мере смывания желудочным соком образовавшейся пленки над кратером язвы, особенно, при каллезных, глубоких и больших по размеру язвах, возникают условия рецидива кровотечения, чаще на 4-5 день, мы используем этот период для предоперационного лечения шока, восполнения потери. Достижение эндоскопического гемостаза резко изменило характер и результаты лечения больных.

Открытым остается вопрос о классификации ОЖКК. В 1977г. В.И. Стручков, на основе эндоскопических обследований перечислил 116 заболеваний, при которых возможно возникновение ОЖКК. Однако, наш многолетний опыт показывает, что только на 6 нозологических форм приходится 94% всех наблюдений ОЖКК. Остальные 110, хотя и характеризуются иногда профузным кровотечением, но представляют казуистику.

Начнем с освещения данных о больных с кровотечениями **при язвенной болезни**. Всего за период с 1982 по 2000 гг. под нашим наблюдением лечилось 11406 (53%) больных с кровотечениями язвенной природы (ОЯЖКК) (табл.1). В 76,2% они были при язвах дуоденальной локализации, в 21,6% - желудочной, а в 2,2% - обнаружена двойная локализация или пептическая язва анастомоза. У 3192 язвенных больных (28%) при поступлении был констатирован геморрагический шок. Степень кровопотери и тяжесть геморрагического шока определяем по клиническим данным, а также, по содержанию гемоглобина, эритроцитов в крови, падению уровня АД, ЦВД, частоте и наполнению пульса, уровню диуреза. Известно, что для борьбы с геморрагическим шоком гемотрансфузии вместе с коллоидными и кристаллоидными кровозаменителями, являются важными средствами, обеспечивающими восстановление гемодинамики. Два года тому назад, однако, мы лишились возможности выполнять гемотрансфузии. Эритроцитарная масса по цвету и консистенции очень похожа на кровь. Однако, наши многочисленные наблюдения с очевидностью подтверждают, что она неполноценна, как противошоковое средство. Еще в шестидесятые года мы, вместе с патолофизиологом проф. Н.Н.Зайко, изучая проблему ожогового шока, провели опыты на животных с острым обескровливанием и обнаружили, что оставление в кровяном русле кролика всего лишь 35% глобулярной массы, не лишает жизни животного, в то время как удаление 30% объема циркулирующей плазмы крови неизменно ведет к гибели его. Патологиологи утверждают, что кровь животных располагает трехкратным резервом кислородной емкости, в то же время значительно меньшее удаление сывороточного белка катастрофически нарушает коллоидно-осмотическое равновесие. В клинических условиях устранить тяжелую степень геморрагического шока вливанием известных противошоковых препаратов вместе с эритроцитарной массой, часто не удается. Выход найден в том, что эритроцитарную массу мы переливаем одновременно с плазмой в количествах, зависящих от объема кровопотери и тяжести шока. Эта мера обеспечила заметное улучшение результатов лечения шока и более эффективной подготовку больных к операции.

**ДАННЫЕ ОБ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЗА 1982 – 2000ГГ.**

	Всего	Срок операции		Метод операции			
		Экстренные	Отсроченные	ВТ	РЖ	АЭ,ВТ	Др.
Число б-х	<b>4875</b>	2021	2854	3418	791	553	113
%	43%	41%	59%	70%	16%	12%	2%
Умерли	<b>174</b>	128	46	108	46	10	10
%	3,7%	6,3%	1,6%	3,1%	4,6%		

Данные об неоперированных больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями за 1982 – 2000гг.

	Операция не показана	Операция противопоказана	От операции отказался больной	Всего
Число б-х	3427	1734	1370	<b>6531</b>
%				<b>57%</b>

Умерли	-	284	10	<b>294</b>
%		16%	0,8%	<b>4,4%</b>

На протяжении многих десятилетий неутешительные результаты консервативного лечения ОЯЖКК, делали заманчивым вопрос об оперативном вмешательстве, обеспечивающем не только стабильный гемостаз, но и излечение от язвенной болезни. Однако высокая послеоперационная летальность сдерживала порывы основной массы хирургов. И только в новых условиях, с внедрением в практику неотложных органосохраняющих операций на основе ваготомии, в нашей клинике, сразу позволило снизить послеоперационную летальность с 8-9% до 4-2%, улучшить отдаленные результаты лечения. При этом оставалось очевидным, что экстренные операции в 2-3 раза чаще заканчиваются неудачей, чем ранние отсроченные. Разработанные меры эндоскопического гемостаза, борьбы с шоком, восполнение потери крови, создали предпосылку для постепенного ежегодного уменьшения количества экстренных операций. Внедрение в практику лечения язвенной болезни новых оригинальных данных о бактериальной природе образования язвы увеличило с 1998 года наши поиски путей сужения показаний для оперативного лечения при острых язвенных кровотечениях. Это удавалось осуществить, прежде всего, благодаря усовершенствованию эндоскопического гемостаза, применения капрофера для заливки кратера язвы, широкого использования внутривенно вводимых гемостатиков, противошоковой терапии. Наряду со всеми традиционными средствами стали применять антибактериальную терапию сразу же после достижения гемостаза. Это, по-существу, и определяет начало **ТРЕТЬЕГО периода** в изучении обсуждаемой проблемы. Не имея возможности в этих условиях определять наличие в слизистой антрального отдела желудка *HELICOBACTER PYLORI* и чувствительности его к тем или иным антибиотикам, мы проводим курс антибактериального лечения всем больным со стабильным гемостазом, не подвергавшимся оперативному вмешательству. Для этого используем амоксициллин, метронидазол, а также контралок. Больные, подвергшиеся органосберегательным операциям, в послеоперационном периоде получают полный курс антибиотикотерапии (амоксициллин и метронидазол).

Совершенствование способов неоперативного гемостаза и противошоковой терапии, позволило начиная с 1997 г., постепенно, но неуклонно суживать показания вначале к экстренным операциям, а затем – и ко всем неотложным операциям. Если за период с 1982 по 1997 гг. мы оперировали 4432 больных (47% больных, лечившихся с ОЯЖКК), из которых 1803 (41%) - экстренно, то в последующие годы соотношение значительно изменилось. В 1998 году оперировано уже только 35,4%, в 1999 - 21 %, а в 2000 – 20%. Послеоперационная летальности за этот период повысилась (с 3,4% в 1996 г. до 3,6% в 2000 г.). Однако, нельзя не учитывать то, что летальность не подвергавшихся оперативному вмешательству снизилась в эти же годы с 4,7% в 1996 г. до 2,6% в 2000 г. Отмечается также снижение общей летальности при ОЯЖКК с 4,1% в 1996 г. до 2,9% в 2000 г. По-прежнему, тяжелая ситуация складывается, когда не удается достичь стабильного гемостаза у больных с тяжелой сопутствующей патологией (острый инфаркт миокарда, ОНМК, острая печеночно-почечная недостаточность) и оперативное вмешательство для них – невозможно. На их долю приходится 10-15% всех больных, коим показана экстренная операция. Эта категория и составляет основную группу умерших при консервативном лечении больных с ОЯЖКК.

Выбор способа оперативного вмешательства не претерпел больших изменений. Основными (71%) остались органосохраняющие операции. Однако, следует заметить, что мы постоянно изыскиваем возможности уменьшения количества пилоропластик и увеличения количества дуоденопластик, сохраняющих парциальное опорожнение желудка.

Больным, перенесшим операцию ваготомии, проводим курс антихеликобактерной терапии. Той группе больных с ОЯЖКК, которых лечили консервативно (а их теперь около 80%), обязательно проводим курс терапии двумя антибиотиками (амоксициллин, метронидазол), а также – контралоком.

Что касается ЖКК неязвенного генеза, то прежде всего следует остановиться на группе заболеваний, объединенных в диагноз **«острого геморрагического гастрита»**. Их было 3194 – 15,7% всех ОЖКК. Умерло – 43 больных. Они возникают при разнообразных заболеваниях - от истинно ulcerогенного геморрагического гастрита с диapedезной природой кровотечения до наблюдений стрессовых эрозий и острых язв у больных с тяжелыми ожогами, септической инфекцией, после больших операций на сердце, крупных сосудах, головном мозге, при уремии, а также у больных, длительно лечавшихся ulcerогенными препаратами (аспирин, стероидные гормоны и др.). У подавляющего числа этих больных консервативными средствами удается достигнуть гемостаза. Лишь 38 из этой группы больных, когда не удалось достичь гемостаза, подверглись оперативному вмешательству – резекции желудка (умерло 18). Из них трое – от рецидива кровотечения из сосудов слизистой оставшейся культи желудка, а 15 – от тяжелой сопутствующей патологии.

#### **Кровотечения из раковой опухоли желудка и кишечника**

Мы не согласны с утверждением некоторых наших учителей (С. С. Юдин, Б.С. Розанов) о бесперспективности оперативных вмешательств при этой патологии. На 2243 больных с этими осложнениями рака оперировали 836, у 461 из них удалось выполнить радикальное вмешательство (умерли 42), а паллиативное - у 375 (умерло 52). Из 1313 неоперированных - умерло 489. Опыт показывает, что нередко острое кровотечение возникает на сравнительно ранних стадиях роста опухоли, когда метастазов или вовсе нет, или они ограничиваются регионарными узлами.

Безотрадная картина возникает при кровотечении у больных **циррозом печени и портальной гипертензией** вследствие разрыва пищеводных флебектазий. Часто оно бывает профузным, быстро приводящим к анемизации. С помощью эндоскопа, а затем – зонда Блекмора - кровотечение при этом почти всегда удается остановить, однако, при поздних стадиях цирроза даже умеренная кровопотеря быстро приводит к гепатаргии и смерти. В 75-80% эти кровотечения возникают у мужчин в возрасте 35-50 лет, страдающих алкоголизмом. Всего мы лечили 1180 больных с кровотечением этой природы (5,6% всех ОЖКК). Умерло 331 больных (29,1%). Последние 15 лет мы этих больных не оперируем.

#### **Синдром Меллори-Вейсса**

Продольный разрыв слизистой, а иногда и более глубоких слоев в области желудочно-пищеводного перехода по малой кривизне и как следствие острое кровотечение, возникает вследствие повторных, натужных рвотных рефлексов, обычно у пьяниц, после обильного принятия алкоголя и пищи. Мы лечили 1449 больных с этой патологией (6,5% всех ОЖКК). Диагноз устанавливаем на основе характерного анамнеза и данных фиброскопии. Кровотечение при этом умеренной степени и гемостаз удается достичь при фиброскопии. Умерло из них 7 пациентов от острой печеночно-почечной недостаточности.

#### **Скользкие диафрагмальные грыжи.**

Частое проникновение кардии в заднее средостение при любом натуживании у этих больных травмирует стенку желудка, прежде всего слизистую, что и приводит иногда к острому кровотечению. Мы наблюдали 385 больных с этой патологией (1,4% всех ОЖКК). Интенсивность кровотечения при этом умеренная и показания для экстренного оперативного вмешательства обычно не возникают. Однако рецидивы кровотечения этой природы не редки, что служит показанием к операции в отсроченном периоде (табл.2).

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наш опыт показывает, что значительного улучшения результатов лечения больных в ОЖКК, особенно язвенной и раковой природы, можно достичь лишь при концентрации их в одном хирургическом стационаре, где круглосуточно работают специально подготовленные хирурги, эндоскописты, экспресс-лаборатория и пункт переливания фракций крови. Лишь в этих условиях возможны разработка и внедрение единой тактики не только оперативного лечения этих больных, но и прежде всего внедрение эффективного эндоскопического гемостаза, интенсивной противошоковой терапии и восполнения потери крови. Применение на этом фоне антибиотиков, к которым чувствительна *Helicobacter pylori*, вместе с антацидными средствами, создает условия для значительного уменьшения количества неотложных операций, снижения не только послеоперационной, но и общей летальности при ОЯЖКК. Такой принцип работы позволил нам добиться снижения послеоперационной летальности при ОЯЖКК в последние 4 года до 3%, а общей летальности до 3,6%.

В тоже время известно, что если хирурги этим занимаются эпизодически, то даже в клиниках с высоко квалифицированным составом хирургов, ощутимых сдвигов достичь не удастся. Доказательством этого служат данные Б.Брискина, указывающие, что в хирургических клиниках Москвы средняя по городу послеоперационная летальность при ОЯЖКК колеблется ежегодно в пределах 17-18%. По данным Winkeltau, в хирургических клиниках Гамбурга средняя послеоперационная летальность при этих заболеваниях в разные годы составляет около 25%. Bittersch сообщил об общей летальности при ОЯЖКК 20,5%, а послеоперационной – 21,9%.

#### **Организационные и методологические проблемы оказания помощи пациентам с желудочно-дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии**

**Березницкий Я.С., Васишин Р.Й., Щербинина М.Б.**

**Днепропетровская государственная медицинская академия**

**Резюме.** Авторами разработаны граф – логические схемы клинко-диагностического и лечебного алгоритмов при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, а также протоколы (стандарты) объемов медицинской помощи в зависимости от активности кровотечения, величины кровопотери и локализации язвы. Предложена технология обоснованного расчета стоимости перечня состояний, подлежащих стационарному лечению в объеме медицинской помощи, гарантированной государством.

В настоящее время в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает терапевтическая направленность. Однако, несмотря на применение высокоэффективных противоязвенных средств, за последние 5 лет отмечается увеличение почти в 2 раза числа urgentных оперативных вмешательств по поводу осложнений ЯБ. Одним из таких осложнений, возникающим у каждого 10 пациента, является кровотечение из язвы. Летальность при этом составляет до 10% и не имеет тенденции к снижению [3,4].

В период реформирования здравоохранения при переходе к обязательному медицинскому страхованию существует необходимость по-новому рассматривать организационные и методологические подходы оказания помощи пациентам с гастродуоденальными кровотечениями. Для повышения качества лечебно-

діагностической помощи пациентам ранее нами разработаны граф – логические схемы клинко-диагностического и лечебного алгоритма неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [2]. В настоящей работе представлены описания этих нозологических форм, осложненных кровотечением, а также протоколов (стандартов) объемов медицинской помощи в зависимости от активности кровотечения, величины кровопотери и локализации язвы.

В алгоритмах отражена диагностическая тактика, учитывающая клинические проявления заболевания, и лабораторные показатели, оценивающие степень тяжести кровопотери, эндоскопические критерии активности кровотечения по Forest (струйное, капиллярное, остановившееся с угрозой рецидива или под фибрином) и провести при необходимости воздействие через эндоскоп на источник кровотечения.

При струйном кровотечении с кровопотерей тяжелой степени госпитализация больного производится в операционную, где, как реанимационное пособие, на фоне интенсивной инфузионной терапии проводится экстренная операция. При капиллярном кровотечении с кровопотерей легкой и средней степени, угрозе рецидива, кровотечении на фоне кровопотери тяжелой и средней степени, больной госпитализируется в отделение интенсивной терапии. Комплекс лечебных мероприятий включает местное воздействие на источник кровотечения, проведение общих гемостатических мероприятий, воздействие на секреторную активность слизистой оболочки желудка. Последнее необходимо с целью предупреждения влияния кислотно-пептического фактора на тромб, формирующийся в язве. Одним из существенных моментов лечения язвенного кровотечения является восполнение кровопотери, выработка тактики трансфузионной терапии на основе данных о дефиците ОЦК. При кровопотере до 20% форменные элементы крови не переливаются, при кровопотере до 30-40% - эритроцитарная масса составляет соответственно 30-40% от объема трансфузионной терапии. Качество гемостаза в язве контролируется при помощи установленного назогастрального зонда, клинкой, проведением динамической гастродуоденоскопии. Неэффективность консервативной терапии в течение 6-8 часов с момента поступления пациента в стационар заставляют решать вопрос об экстренной операции. Нестойкий гемостаз, рецидив кровотечения в течение 24-48 часов с момента поступления пациента в стационар требуют срочной операции, которая проводится после стабилизации гемодинамики.

Объем хирургического вмешательства при кровоточащей язве зависит от локализации язвы, компенсации гематологических и гемодинамических показателей. При активном кровотечении из дуоденальной язвы оперативное вмешательство должно включать гемостаз в язве, пилоропластику и стволовую ваготомию. При компенсированном состоянии больного, отсутствии сопутствующих заболеваний и молодом возрасте возможно выполнение селективной проксимальной ваготомии с гемостазом в язве или стволовой ваготомии с резекцией антрального отдела желудка. При кровотечении из язвы желудка операция может включать иссечение язвы, пилоропластику и стволовую ваготомию, а при компенсированном состоянии – резекцию желудка.

У пациентов с остановившимся кровотечением и язвенным дефектом под фибрином проводится комплексная противоязвенная терапия, включающая антисекреторные и антихеликобактерные препараты [1]. Коррекция анемии и гиповолемии осуществляется на основании показателей красной крови и пробы по Шелестюку. Неэффективность проводимой терапии позволяет рекомендовать плановое хирургическое лечение. При язвенной болезни желудка операцией выбора является надплевратниковая резекция желудка, а при дуоденальной язве – органосохраняющая операция либо ваготомия с экономной резекцией желудка.

Реформирование здравоохранения особенно в условиях дефицита финансовых возможностей, обсуждения проблем обязательного медицинского страхования заставляют выделить жизненно важные проблемы для организации лечебно-диагностической помощи и оценивать её качество. Одним из таких подходов является формирование протоколов (стандартов) качественной медицинской помощи в объемах, гарантированных государством. Нами на основе информационных технологий разработаны принципы создания протоколов (стандартов) диагностики и лечения, автоматизированная система расчета затрат на их исполнение.

Основой разработанной технологии являются базы данных, справочники и классификаторы. Для более полного и объективного представления используемых медицинских ресурсов нами при формировании протоколов учитывались степень тяжести заболевания и осложнения их течения. С этой целью была создана технология формирования клинко-статистических классификаций болезней на базе МКБ-10 и методика формирования перечня состояний, подлежащих стационарному лечению в объеме помощи, гарантированной государством. Для облегчения структурирования протоколов (стандартов) сформирован справочник медицинских процедур и хирургических операций, справочник медикаментов с текущими ценами на них.

В протоколах (стандартах) по язвенной болезни, осложненной кровотечением, учитывается активность кровотечения и величина кровопотери. Всего нами сформировано 7 протоколов (стандартов), определяющих длительность лечения, в том числе до и после операции, перечень и количество диагностических процедур, класс медикаментов, медицинские процедуры и методы лечения. При этом приведены конкретно рекомендуемые медикаменты, их дозировка, кратность и длительность применения. Табличный вариант такого протокола позволяет в автоматизированном режиме получить по статейное распределение затрат на его выполнение.

Таким образом, разработанные нами технологии формирования граф-логической схемы диагностического и лечебного процесса, принцип создания на базе информационных технологий протоколов (стандартов) медицинской помощи позволяет оптимизировать диагностическую и лечебную помощь пациентам с гастродуоденальными кровотечениями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1.Бабак О.Я. Противоязвенная терапия: новые препараты – новые возможности// Сучасна гастроентерол. і гепатол.-2000.-№1.-С.29-30. 2.Березницкий Я.С., Гриценко И.И., Ратчик В.М. Стандарты диагностики и лечения язвенной болезни// Сучасна гастроентерол. і гепатол.-2000.-№2.-С.16-20. 3.Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е., Самсонова М.В., Аль-Сабунчи О.А., ШагинянА.К., Мизианов С.А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: состояние проблемы и реальные перспективы // Рос.медиц.журн.-1998.-№2.-С.3-8. 4.Карамышев Д.В. Новый подход к лечению острых гастродуоденальных кровотечений из пептических язв// Международный. медиц.журн.-1998.-№2-С.33-35.

#### **Ранние рецидивные кровотечения язвенной этиологии.**

**Бондаренко Н.М., Хапатьяк Г.Е., Барвинский В.Н., Витвицкий Н.Ф., Желтяков А.В.**

**Днепропетровская государственная медицинская академия**

**Кафедра хирургических болезней**

Одним из наиболее тяжелых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является кровотечение, которое по данным разных авторов возникает у 13-15% больных язвенной болезнью (в.ф.саенко с соавт.1997; в.т.зайцев с соавт. 1998;ф.г.кулачек с соавт., 2000) и занимает первое место среди причин летальности при этой патологии.

Высокая летальность при остром желудочно-кишечном кровотечении язвенной этиологии обусловлена прежде всего ранним рецидивом кровотечения ( А.А.Гинберг с соавт.;1996, Н.Н.Гурин, К.В.Логунов,1997; Г.Ю.Бука, 2000). Выделяют следующие главные факторы риска раннего рецидивного кровотечения: размер язвенного дефекта (более 1 см), пожилой возраст больного, наличие в анамнезе осложнений (пенетрация, перфорация, кровотечение), локализация язвы, характер гемостаза при предшествующем кровотечении.

Нами проведен анализ ранних рецидивов кровотечения у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии, которые находились на лечении в городском центре язвенных кровотечений в 2000 г. Всего за год поступило 390 больных с кровотечением язвенной этиологии, из которых у 301 (77,2%) причиной была язва двенадцатиперстной кишки и у 89 (22,8%) – язва желудка. Ранний рецидив кровотечения (в сроки от 14 часов до 5 суток) возник у 65 больных, что составляет 16,3% от всех больных с кровотечением.

Из 390 больных – 284 лечились консервативно с применением гемостатической и противоязвенной терапии, трансфузий компонентов и препаратов крови по показаниям. Оперировано 106 человек (хирургическая активность – 27,1%), при этом среди оперированных 58,5% (62 чел.) составляли больные с ранним рецидивом кровотечения. Умерло после операций 8 чел. (7,5%), из них 6 больных были оперированы по поводу раннего рецидива кровотечения.

Углубленный анализ историй болезни больных с ранним рецидивом кровотечения показал, что среди них преобладали мужчины (47 чел.-72,5%) в возрасте 31-60 лет (64,4%). Из 65 больных с ранним рецидивом кровотечения у 3 больных в возрасте от 60 до 69 лет на фоне проводимой в клинике терапии внезапно возникло массивное кровотечение и они, к сожалению, умерли по пути в операционную или на операционном столе до начала операции. Последнее обстоятельство диктует необходимость еще раз попытаться выделить признаки риска рецидива кровотечения и более настойчиво предлагать таким больным оперативное лечение.

В связи с этим мы провели анализ клинико-лабораторно-инструментальных данных и попытались выделить моменты, характерные для раннего рецидива кровотечения.

Как уже отмечалось ранний рецидив кровотечения возник у 65 больных, 62 из которых были оперированы. Рецидив кровотечения возник у 37 больных с язвой двенадцатиперстной кишки (11,6% от всех больных с локализацией кровоточащей язвы в двенадцатиперстной кишке) и у 28 больных с язвой желудка (30,3% от всех больных с кровотечением из язвы желудка). Это означает, что рецидива кровотечения следует ожидать у каждого третьего больного с кровоточащей язвой желудка и только у одного больного из десяти при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки.

Ранний рецидив кровотечения при язве двенадцатиперстной кишки в 2,5 раза чаще возникал при локализации язвенного дефекта на задне-нижней стенке кишки (25 больных), чем при локализации на передне-верхней стенке (10 больных). Что же касается язвенной болезни желудка, то здесь рецидив кровотечения чаще всего возникал при локализации язвенного дефекта в области малой кривизны (у 25 больных).

Анализ частоты раннего рецидива кровотечения в связи с полом пациентов показал, что оно возникло у 15,4% мужчин и у 21,2% женщин с язвенным кровотечением. Более частые ранние рецидивы кровотечения у женщин, вероятно, обусловлены особенностями состояния свертывающей системы крови женского организма.

Эндоскопическая картина у больных с ранним рецидивом кровотечения при исследовании до возникновения рецидива кровотечения, т.е. при остановившемся первичном кровотечении была следующей. Размер язвенного дефекта при локализации язвы в желудке у 22 больных (81,5%) был 2 см и более и только у 5 чел. (18,5%) менее 1 см. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке у 21 больного (60,0%) размер дефекта не превышал 1 см, а у 14 человек (40%) был более 1,5 см, причем у 8 из них даже более 2 см. Приведенные данные свидетельствуют, что размер язвенного дефекта как признак риска раннего рецидива кровотечения имеет значение только при желудочной локализации язвы.

При оценке состояния источника кровотечения нами установлено, что чаще всего отмечалось наличие тромбированного сосуда на дне язвенного дефекта (32 больных) и наличие кровяного сгустка, закрывающего язвенный дефект (у 16 больных); только у 14 больных язвенный дефект был прикрыт фибрином.

Анализ связи объема кровопотери при первичном кровотечении и риском возникновения раннего рецидива кровотечения показал, что при снижении гемоглобина ниже 100 г/л ранний рецидив кровотечения возникал в 2 раза чаще, чем у больных, у которых уровень гемоглобина превышал 100 г/л.

Анамнестические данные о наличии кровотечения в прошлом играют роль в прогнозировании раннего рецидива кровотечения, однако, по-нашему мнению, их достоверность невысока. Только 22 больных (35,4%) указали на наличие в прошлом одного-двух кровотечений, остальные больные или отрицали кровотечение (20 чел.-32,3%) или вообще не знали о наличии у них язвенной болезни и возникшее кровотечение было первым проявлением патологии (20 чел.-32,3%).

Таким образом, вопросы прогнозирования риска раннего рецидива кровотечения язвенной этиологии требуют дальнейшего изучения с учетом других факторов.

### **Особенности диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений в условиях центральной районной больницы.**

**Кадук В.К., Тульчинский Ф.А., Самарец Э.Ф., Карпенко С.И.  
Верхнеднепровская ЦРБ Днепропетровской области, ДГМА.**

Несмотря на существенные достижения в организации хирургической помощи больным с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, лечение этого заболевания остается одной из важных проблем практического здравоохранения. По нашим данным, удельный вес язвенной болезни в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта составил около 30%, значительно увеличилась частота ее осложнений. Так, за последние 10 лет количество случаев гастродуоденальных кровотечений повысилось с 2,8 до 3,9 на 10000 населения. Постоянно снижается количество доноров, недофинансирование медикаментозного обеспечения не позволяют обеспечить стационары достаточным количеством крови и ее компонентов, современными противоязвенными препаратами и трансфузионными средами, что сопровождается тенденцией к ухудшению показателей общей и послеоперационной летальности, увеличению удельного веса поздней госпитализации больных.

Нами были изучены 114 случаев острых гастродуоденальных кровотечений по материалам историй болезни за 1996 – 2000 годы. В структуре госпитализированных мужчины составили 78,9 %, женщины - 21,1% , возраст больных был от 15 до 85 лет. В зимние месяцы поступили 25,4% больных, в весенние – 24,9%, в летние – 26,1%, в осенние – 23,6%. Таким образом, четкой сезонности в возникновении гастродуоденальных кровотечений нами не выявлено.

Клиническая картина гастродуоденального кровотечения зависела от количества потерянной крови и скорости кровотечения. У 100% больных отмечались головокружение, резкая слабость, мелькание “мушек” перед глазами, тахикардия, у 82,5% - дегтеобразная окраска кала, у 39,5% - рвота, у 33,3% - “холодный” пот. Многократная рвота (более 3 раз) наблюдалась в 12,1% случаев, в 17,5% - отмечался жидкий стул , кал темно-вишневой окраски. По тяжести кровопотери к 1 степени по А.А.Шалимову отнесены 28 поступивших (24,6%), ко 2-й – 67 (58,8%), к 3-й – 19 ( 16,6%).

Значительный успех в диагностике причин гастродуоденальных кровотечений обусловлен открытием эндоскопических кабинетов при поликлинике и стационаре, организацией выездной эндоскопической бригады, в том числе по линии санитарной авиации. Нами проанализированы результаты 140 гастродуоденоскопий у 114 больных, перенесших острые желудочно-кишечные кровотечения. В 58,8% случаев их причиной являлась хроническая язва 12-перстной кишки. Отмечалась следующая ее локализация : нижняя стенка 12-перстной кишки – 75%, задняя – 10%, верхняя – 10%, передняя – 5%. В 10,7% наблюдений диагностирован стеноз привратника, преимущественно субкомпенсированный (80%). В 20% исследований были выявлены язвы малых размеров (до 0,5 см), в 70% - средних (от 0,5 до 1 см), в 10% - больших (более 1 см), у 2 больных последней группы язвы были по типу “целующихся”. При морфологических исследованиях в дне язвы выявлялся фибриноидный некроз, разрастание соединительной ткани по периферии, в сосудах – мукоидно-фиброидное набухание , гипертрофия нервных сплетений и окончаний. В 1 случае дном язвы передней стенки являлась индуративно измененная добавочная доля поджелудочной железы. У 6 больных выявлены острые язвы и эрозии, которые протекали по типу эрозивно-язвенного дуоденита, у 4 – хронический эрозивный гастрит. В 10 случаях диагностирована язвенная болезнь желудка, в 2 случаях отмечено сочетание язвы желудка и 12-перстной кишки с одновременным кровотечением из обеих. У 7 больных (5%) источником кровотечения являлись дивертикулы 12-перстной кишки с изъязвлением

слизистой по типу эрозивного дивертикулита. В 9 случаях причиной кровотечения был химический ожог слизистой пищевода, желудка и 12-перстной кишки, в 3 – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями эрозивно-язвенного рефлюкс –эзофагита. Синдром Мэллори-Вейса и рак желудка были выявлены соответственно у 2 больных каждый.

За последние 5 лет наметилась четкая тенденция к уменьшению количества плановых операций при язвенной болезни, их соотношение к urgentным составило 1:2,89. Низкая донороспособность населения (план комплектации за последние 20 лет уменьшился в 4,5 раза и составил 10,2 донора на 1000 населения), недостаточная лекарственная обеспеченность больных потребовали пересмотра тактики лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями в сторону ограничения показаний к urgentным оперативным вмешательствам. В экстренном порядке оперированы больные с профузным и рецидивным кровотечением (14,9%), всем остальным проводилась консервативная гемостатическая, заместительная, противоязвенная терапия, наружная локальная гипотермия. При кровоточащей язве 12-перстной кишки отдавали предпочтение стволовой ваготомии с локальной обработкой или иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, паллиативные операции чаще выполняли у больных пожилого и старческого возраста. У 2 больных с кровоточащей язвой желудка выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру.

Следует отметить, что в связи с тяжестью оперируемого контингента возросла и частота послеоперационных осложнений с 10 до 18% , летальность составила 18%. Среди причин последней ведущее место занимает острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне постгеморрагической анемии – 50,8%, перитонит – 27,2%, тромбоэмболия легочной артерии – 17,6%, рецидив кровотечения – 4,4%. Из 114 больных 3 умерли без операции из-за профузного кровотечения.

**Организация оказания специализированной помощи больным  
с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала  
Кондратенко П.Г., Харабериш В.А., Епифанцев А.А., Дыренко Ю.З.,  
Элин А.Ф., Залевский С.А.**

**Донецкий медицинский университет**

Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала (ОКППК) и до настоящего времени остается одним из частых, тяжелых и наиболее опасных осложнений как заболеваний органов пищеварения, так и других органов и систем организма (1,3). Несмотря на большое число публикаций, многие вопросы диагностики, хирургической тактики и выбора метода лечения, по-прежнему, остаются спорными и не до конца решенными. Об актуальности данной проблемы свидетельствуют показатели летальности, которая при данной патологии составляет 12-20% и, к сожалению, не имеет тенденции к снижению. Причем, если при язвенных кровотечениях этот показатель колеблется в пределах 10-12%, то при острых эрозивно-язвенных поражениях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 15-22%, при злокачественных новообразованиях пищеварительного тракта – 20-30%, а у больных с синдромом портальной гипертензии – 40-60% (1, 3, 4,5) .

В последнее время интерес к проблеме лечения больных с ОКППК заметно возрос. Это связано с увеличением числа больных как с язвенным, так и с неязвенным кровотечением. Неудовлетворительность результатами лечения этой тяжелой категории больных обусловила создание в ряде городов страны специализированных центров, что способствовало разработке и внедрению в клиническую практику новых перспективных методов консервативного и оперативного лечения (1, 4, 5).

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты лечения более 10 тыс. пациентов в условиях Донецкого городского специализированного центра по лечению больных с ОКППК на базе клиники госпитальной хирургии № 2 Донецкого медицинского университета с 1981 по 2001 годы. Абсолютное большинство (71%) больных составили мужчины. В возрасте 60 лет и старше было 30% пациентов. В течение 24 ч с момента появления первых признаков кровотечения в стационар поступили 58% больных, позднее – 42%. Наиболее частыми причинами ОКППК явились язвенная болезнь (65% больных), кровоточащие острые язвы и эрозии слизистой оболочки (9%), синдром Маллори-Вейсса (8%), опухоли пищеварительного канала (7%), синдром портальной гипертензии (6%). Редкие причины кровотечения отмечены у 3% пациентов и у 2% - причина кровотечения осталась невыясненной.

У большинства больных источник кровотечения локализовался в двенадцатиперстной кишке (43,8%), желудке (31,7%), прямой и ободочной кишках (10,4%). Сочетанное расположение источника кровотечения в нескольких органах пищеварительного тракта отмечено у 5,2% пациентов.

**Результаты и обсуждение.** С нашей точки зрения, клинической практике в большей степени отвечает классификация, в основу которой положен принцип, позволяющий обосновать лечебную тактику и патогенетическую терапию. В связи с этим мы применяем следующую классификацию ОКППК (5).

1. По этиологическим признакам.

1.1. Кровотечение, обусловленное заболеваниями органов пищеварительного канала (язвенная болезнь, злокачественные и доброкачественные опухоли, неспецифические колиты, дивертикулы пищеварительного канала и др.).

1.2. Кровотечение, не связанное с органической патологией пищевода, желудка и кишечника (острые язвы и эрозии слизистой оболочки, синдром портальной гипертензии, геморрагические диатезы, болезни крови и др.).

1.3. Ложное кровотечение в просвет пищеварительного канала (проглоченная кровь при кровоточивости десен или необильном легочном кровотечении).

1.4. Кровотечение невыясненной этиологии.

2. По локализации источника: кровотечение из пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тощей, подвздошной, ободочной, прямой кишок и сочетанное.

3. По клиническому течению: скрытое кровотечение, продолжающееся струйное или диффузное, остановившееся кровотечение.

4. По степени тяжести кровопотери: кровотечение легкой (дефицит Глобулярного Объема 20% и менее), средней (дефицит ГО от 21 до 40%), тяжелой (дефицит ГО от 41 до 60%), крайне тяжелой (дефицит ГО более 60%). степени тяжести.

5. По степени геморрагического шока: кровотечение с компенсированным, декомпенсированным обратимым и декомпенсированным необратимым геморрагическим шоком.

Большое влияние на качество лечения оказывает организация помощи больным с ОКППК. В настоящее время неоспоримой является необходимость госпитализации данной категории больных в хирургический стационар. По мнению большинства авторов, эвакуация больного с кровотечением допустима только на небольшое расстояние. Вместе с тем, по нашему мнению, при условии достаточно развитой сети шоссейных дорог и удовлетворительном их качестве, а также эффективной работы станции «скорой помощи» и санавиации больных можно транспортировать на расстояние до 60-100 км без дополнительного для их здоровья риска. Несомненно, что качество оказания экстренной помощи даже в районной больнице будет значительно выше, чем в участковой. Однако наиболее перспективным является создание областных и межрайонных специализированных центров на базе достаточно крупных и многопрофильных больниц. Структурными подразделениями их должны быть следующие отделения: хирургическое, неотложной эндоскопии, анестезиологии и интенсивной терапии (с лабораторной службой), переливания крови, гипербарической оксигенации и реабилитации, обеспеченные всем необходимым для оказания своевременной и качественной экстренной диагностической, хирургической и реанимационной помощи. Число коек в тех или иных подразделениях и количество медицинского персонала зависит от общего объема оказываемой помощи.

После поступления больного в приемное отделение основными задачами являются установление самого факта продолжающегося или спонтанно остановившегося кровотечения, а также характера и локализации его источника. После осмотра больного хирургом, анализа периферической крови и установления объема кровопотери, а также исследования прямой кишки пальцем следует произвести промывание желудка с помощью зонда. Этот прием, с одной стороны, позволяет оценить содержимое желудка, а с другой – облегчить выполнение экстренной эндоскопии и повысить ее информативность.

При неэффективности эндоскопических способов остановки кровотечения больного необходимо сразу доставить из эндоскопического отделения в операционную. При прямокишечном кровотечении после постановки очистительной клизмы показано выполнение экстренной ректороманоскопии или колоноскопии. Вопросы лечебной, в том числе и хирургической, тактики должны решаться хирургом при участии анестезиолога, реаниматолога и эндоскописта. При этом необходимо учитывать характер патологического процесса, осложнившегося кровотечением, надежность его остановки, эффективность консервативных, в том числе эндоскопических, способов гемостаза, вероятность рецидива кровотечения, степень выраженности нарушений гомеостаза, вызванных кровопотерей и основным заболеванием, состояние больного и его компенсаторные возможности.

**Заключение.** Организация специализированных хирургических центров для лечения больных с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала позволяет быстро анализировать накапливаемый опыт и на этой основе разрабатывать новые методы диагностики и лечения, широко внедрять их в практику, готовить квалифицированных хирургов по оказанию экстренной хирургической помощи, вырабатывать единую диагностическую и лечебную тактику, что, в свою очередь, влечет за собой улучшение качественных показателей лечения, снижение летальности, числа ранних и поздних послеоперационных осложнений. Вместе с тем эти центры должны быть оснащены современным диагностическим и лечебным оборудованием, обеспечены необходимыми медикаментами и инфузионными средствами. Эффективность оказания экстренной хирургической и реанимационной помощи во многом зависит от слаженной работы всех подразделений центра и их специалистов. В связи с тем, что кровотечение может осложнять течение самых различных заболеваний, большое значение в определении правильной лечебной тактики имеет участие в этом процессе терапевтов, гематологов, инфекционистов и других специалистов. Лишь при выполнении всех перечисленных условий можно ожидать существенного улучшения качества помощи больным с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала.

Создание Донецкого городского специализированного центра позволило снизить летальность при ОКППК до 9%, а при язвенном кровотечении – до 3,5%.

**ЛИТЕРАТУРА.** 1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – Киев: Здоровье, 1001. – 270 с. 2. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные

кровотечения. – Л.: Медицина, 1974. – 240 с. 3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. - № 9. – С.55-60. 4. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемакин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 256 с. 5. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно, 1997. – 384 с.

**Организация круглосуточной эндоскопической и эндохирургической помощи в крупном многопрофильном стационаре.**

**Кузьмин-Крутецкий М.И., Цурупа С.Д., Стяжкин Е. Н.**

**Государственный НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе**

**Санкт – Петербургская медицинская академия последиplomного образования,**

**кафедра эндоскопии, Санкт – Петербург**

В НИИСП имени И.И. Джанелидзе с 1.04.1993 года открыто отделение эндо-скопии, которое с 1.06.1998 года было преобразовано в отделение эндовидеохирургии и эндоскопии.

Штатное расписание отделения ЭВХЭ на 30 коек составляет: врачей – 14.5 ставок (заведующий отделением врач-эндоскопист, врач-хирург – 2, врач-хирург по оказанию экстренной помощи – 4.5, эндоскопист – 2.5, эндоскопист по оказанию экстренной помощи – 4.5); 22.5 ставки среднего медперсонала (старшая сестра отделения, старшая операционная сестра, старшая эндоскопическая сестра, 7 медицинских сестер стационара, 7 эндоскопических сестер, 5.5 ставок операционных сестер); 17.5 ставок младшего медицинского персонала.

Врачи и средний медицинский персонал прошел специализацию на соот-ветствующих кафедрах СПб МАПО. 70% сотрудников отделения – специалисты выс-шей и первой категории. В отделении организована круглосуточная эндовидео-хирургическая и эндоскопическая помощь силами 2-врачебной бригады (врач-эндовидеохирург и врач-эндоскопист с соответствующим средним и младшим медицинским персоналом).

Направление деятельности отделения: развитие и сочетание методов малоин-вазивной хирургии (торакоскопии, лапароскопии, эндоскопии, УЗИ, хирургия из минидоступов) в диагностике и лечении больных, пострадавших с острой хирур-гической патологией:

1. Сочетанная и изолированная травма груди и живота.
2. Острые и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и грудной полости.
3. Гинекологические заболевания.

В НИИСП ежедневно поступает до 120 пациентов с острой хирургической пато-логией. Круглосуточная работа включает в себя оказание эндохирургической и эндоскопической помощи больным и пострадавшим, поступившим в институт по дежурству (до 20% от общего числа больных). Пациентам производится неотложная лапароскопия и торакоскопия, при необходимости выполняются эндохирургические операции, неотложная бронхоскопия, фиброэзофагогастродуоденоскопия, ректо-скопии, колоноскопия. Основной объем эндоскопических исследований приходится на оказание помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. В отделении совместно с кафедрой эндоскопии МАПО (отделение ЭВХЭ – главная база кафедры эндоскопии) и кафедрой неотложной хирургии ВМА разработана система оценки гемостаза и оказания эндоскопической помощи у больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также их влияния на срочность оперативного пособия. Лечебная эндоскопия включает в себя удаление инородных тел из желудка, ободочной кишки, трахеобронхиального дерева; остановку желудочно-кишечного кровотечения такими методами, как диатермокоагуляция, клипирование, аргоно-плазменная коагуляция, обкалывание различными лекарственными смесями, спиртом, силиконовыми композициями, орошение растворами капрофера, азотно-кислого серебра и т.д. Исследования выполняются в кабинетах эндоскопии, а при необходимости в операционных, отделениях реанимации и на других отделениях института.

Для этого в отделении сформированы мобильные комплексы для оказания эндо-скопической и эндохирургической помощи.

Нами используется следующее медицинское оборудование эндовидеохирургия – 2 эндохирургических комплекса (стационарный и экстренный) фирмы «ЭФА» с набо-рами инструментов фирм «Рихард Вольф», «Аксиома», «Азимут» и видеосистемами фирм «Электрон», «Зенит»; эндоскопия – 2 эндоскопических комплекса фирмы «Электрон» с гастроскопами фирм «Олимпус» – 3, «ЛЮМО» – 16, дуоденоскопами фирм «Олимпус» – 2, «Пентакс» – 1, колоноскопами фирм «Олимпус» – 1, «ЛЮМО» – 6, бронхоскопами фирм «Олимпус» – 1, «ЛЮМО» – 4, с набором эндоскопических инструментов фирмы «Аксиома» и инструментов соответствующих фирм для каждого прибора.

Отделение ЭВХЭ сертифицировано по эндохирургии и эндоскопии присвоена высшая квалификационная категория.

Необходимо отметить, что неотложные эндоскопические исследования лучше выполнять эндоскопами фирмы «Олимпус» с широким инструментальным каналом (3.5-4.2 мм).

**Средняя нагрузка дежурной бригады за сутки по данным 2000 года.**

№ п.п.	Наименование исследования	диагностика	лечебные
1	Фиброгастроскопия	7.2	0.7
2	Фиброколоноскопия	0.1	-
3	Ректоскопия	0.1	-
4	Фибробронхоскопия	1.4	0.2

	<b>Всього</b>	<b>8.8</b>	<b>0.9</b>
5	Лапароскопия	2.9	0.3
6	Эндохирургические операции	-	1.8
7	Манипуляционная торакоскопия	0.2	0.1
	<b>Всього (4.9)</b>	<b>3.1</b>	<b>2.2</b>

За последние два года в отделении проведены следующие уникальные малоинвазивные операции:

- Лапароскопическое дренирование кист печени и поджелудочной железы с последующей склеротерапией.
- Сочетание эндохирургического лечения, биллиарной эндоскопии и ультразвукового дренирования при вариантах течения заболеваний органов панкреатобиллиарной зоны.
- Торакоскопическая стволовая ваготомия при язвах оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Торакоскопическое удаление осколка из заднего средостения при взрывной травме.
- Разработаны и применяются эндоскопические методики остановки острых желудочно-кишечных кровотечений, отработан алгоритм их применения.
- Применяется сочетанные лапаро-гастро, лапаро-колоно, бронхо-торако исследования.
  - Производится бужирование и декомпрессия стриктур после наложения анастомозов при операциях на желудочно-кишечном тракте, а также бужирование стриктур опухолевого и воспалительного генезов.
  - Эндоскопическое удаление крупных полипов желудка и кишечника.

Выводы:

1. Для ритмичной работы многопрофильного стационара необходимо выделение 2-х врачебной квалифицированной эндохирургической бригады (эндохирург – эндоскопист).
2. Стационары должны быть хорошо оснащены современными оптическими приборами, техникой и инструментами для оказания эндохирургической помощи.

**Організація лікувально-діагностичної допомоги населенню Закарпаття  
при гострих шлунково-кишкових кровотечениях  
Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Рогач І.М., Уваров П.В.**

**Ужгородський Національний Університет, кафедра госпітальної хірургії**

Стани, які поєднуються шифром МКБ - 10 – K25.0, можуть бути викликані ускладненнями понад 100 різних захворювань і синдромів. стандартизація діагностики і лікування усіх форм шлунково-кишкових кровотеч неможлива. тому, як об'єкти стандартизації виділені найбільш розповсюджені форми: кровотечі з гострих та хронічних гастродуоденальних виразок, гастроезофагальні кровотечі при синдромі портальної гіпертензії, а також стани і синдроми, які часто зустрічаються в процесі диференціальної діагностики згаданих форм – геморагічний ерозивний гастрит, синдром меллорі-вейса, виразка даллафуа, кровотечі зі злоякісних та незлоякісних пухлин шлунка (недіагностовані раніше за даними анамнезу). в цілому виділені форми становлять близько 80 відсотків захворювань, які об'єднуються синдромом «гострі шлунково-кишкові кровотечі».

Основними завданнями лікувально-діагностичного процесу при шлунково-кишкових кровотечениях є:

1). розпізнання джерела і зупинка кровотечі; 2). оцінка ступеня важкості і адекватне відновлення крововтрати; 3). патогенетична дія на захворювання, ускладнене кровотечею.

Виконання перших двох завдань в обсязі невідкладної допомоги вважається обов'язковим, а третє завдання в умовах надзвичайного хірургічного ризику може бути відкладене на більш пізній термін.

І. Стандарти первинної лікувально-діагностичної допомоги при поступленні хворого в стаціонар

- 1 При первинному огляді в приймальному відділенні підставою для діагнозу шлунково-кишкової кровотечі вважаються загальноприйняті явні або опорядковані його ознаки. При відсутності блювоти і стільця з достовірними домішками свіжої або зміненої крові (в тому числі і згідно інформації, одержаної від бригади швидкої допомоги) обов'язковим є дослідження пальцем вмісту прямої кишки. Важливо вміти відрізнити шлунково-кишкові кровотечі від профузної легеневої кровотечі, яка проявляється не блювотою, а кашлем, хоча може супроводжуватись проковтуванням і регургітацією яскраво-червоної крові.
- 2 Усі переміщення хворого з шлунково-кишковими кровотечениями внутрі стаціонару, пов'язані з діагностичними або лікувальними заходами, виконуються тільки на каталці в лежачому положенні.
- 3 Залежно від вираженості виявленої кровотечі і важкості стану усі хворі з шлунково-кишковими кровотечениями за своїм лікувально-діагностичним призначенням поділяються на три основні групи.

**Перша група** – хворі з явними ознаками кровотечі, що продовжується, і нестабільними показниками центральної гемодинаміки, які знаходяться в критичному стані. Після скороченої гігієнічної обробки вони направляються прямо в операційну, де невідкладні діагностичні і лікувальні заходи поєднуються з передопераційною підготовкою.

**Друга група** – хворі з вираженими ознаками постгеморагічної анемії (важкий ступінь крововтрати), але без явних ознак кровотечі, що продовжується, в просвіт шлунково-кишкового тракту. Вони направляються в реанімаційне відділення, де після введення катетера в магістральну вену і початок інтенсивної інфузійної терапії

проводиться комплексна діагностика основних порушень загальносоматичного статусу, оцінюється важкість крововтрати і складається програма її відновлення, орієнтована на реальні можливості забезпечення. Паралельно виконуються діагностичні заходи щодо розпізнання джерела кровотечі, встановлення факту його поновлення або зупинки, а також лікувальні заходи з метою досягнення тимчасового або стійкого гемостазу при наявності більш або менш підтверджуючих ознак кровотечі, що продовжується.

**Третя група** – хворі з встановленим (завдяки анамнестичним і об'єктивним даним) фактом перенесеної кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту, але з помірними клінічними ознаками постгеморагічної анемії. Хворим цієї групи необхідні лабораторні і апаратні дослідження, які виконуються в умовах приймального відділення, а характер подальших діагностичних і лікувальних заходів залежить від категорії лікувального закладу.

4 Для всіх хворих, які поступили в хірургічний стаціонар з діагнозом шлунково-кишкової кровотечі або з підозрою на даний діагноз, обов'язковим діагностичним заходом, який визначає лікувальну тактику, вважається фіброезофаго-гастро-дуоденоскопія. Виняток становлять хворі першої групи, у яких профузна кровотеча, що продовжується, в ряді випадків не дозволяє виконати ендоскопію навіть на операційному столі. В інших випадках терміни ендоскопічного дослідження визначаються показаннями і організаційними можливостями. У разі відсутності чергової ендоскопічної служби необхідно організувати чергування ендоскопістів вдома. Якщо хворий з кровотечею доставлений в стаціонар, де відсутня ендоскопічна служба, викликають обласну ендоскопічну бригаду.

5 Хворі зі стравохідно-шлунковою кровотечею, обумовленою синдромом портальної гіпертензії (ПГ) становлять особливу групу. Найбільш часто розвиток ПГ пов'язаний з цирозом печінки внаслідок перенесеного гепатиту. У випадках навіть одного з наявних симптомів ПГ (збільшення печінки і селезінки, асцит, розширені вени передньої черевної стінки) і сумніву в діагнозі цирозу печінки слід виходити з припущення про його наявність. У даному випадку життєву загрозу, в зв'язку з кровотечею, становить не тільки сама крововтрата, але й можливість розвитку універсальної печінкової недостатності. При встановленні даного діагнозу (достовірно або припустимо) крововтрата оцінюється як важка. Хворі підлягають направленню у відділення інтенсивної терапії для продовження комплексу лікувально-діагностичних заходів. Діагноз кровотечі із варикозно-розширених вен може бути підтверджений при езофагогастроскопії.

#### II. Стандарти діагностичної ендоскопії

1 Для діагностичної ендоскопії використовують ендоскоп з торцевою оптикою, який дозволяє виконувати панендоскопію верхніх відділів стравохідного тракту (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка).

2 Не допускається промивання шлунка перед ендоскопічним дослідженням.

3 Ендоскопічне дослідження виконується на столі (ендоскопічний, операційний), який дозволяє міняти положення хворого під час ендоскопії, що допомагає оглянути усі верхні відділи стравохідного тракту при наявності в просвіті великої кількості крові.

При ендоскопії фіксуються такі дані:

I). наявність крові в стравоході, шлунку, дванадцятипалій кишці; II). її кількість і характер; III). джерело кровотечі (локалізація, розміри); IV). ознаки кровотечі: артеріальна кровотеча (пульсуюча), підтікання венозної крові, свіжий згорткок, червоний тромб, тромб в стані ретракції, тромбована судина, гематома навколо джерела, імбібіція гемосидерином.

4 При профузних кровотечах метою діагностичної ендоскопії є оцінка рівня кровотечі в стравоході, шлунку, що впливає на вибір оперативного доступу. Для виключення стравохідного характеру кровотечі необхідно підняти головний кінець ендоскопічного столу. Після встановлення джерела кровотечі і її характеру необхідно оцінити можливість ендоскопічної зупинки.

#### III. Стандарти лікувальної ендоскопії

1 Лікувальна ендоскопія при кровотечі застосовується з метою кінцевої зупинки кровотечі, тимчасової зупинки кровотечі, дії на субстрат з кровотечею, яка зупинилась для попередження рецидиву в найближчі години.

2 При артеріальній або венозній кровотечі із хронічних або гострих виразках, синдромі Меллорі-Вейса, синдромі Даллафуа, що триває, застосовуються кліпування, електрокоагуляція, лазерна коагуляція, обколювання судиннозвужуючими або масляними препаратами.

3 При розпізнаванні гострих виразкових і ерозивних процесів застосовується обробка капрофером.

4 При кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу вводиться 5-15мл (максимально 25 мл) розчину 0,5%-ного полідеканолу або 5-15 мл 3%-ного розчину тромбовару інтравазально, паравазально або комбіновано від кута шлунка на 7-10 см вище стравохідно-шлункового переходу, по 1 мл на ін'єкцію. Також використовується ендоскопічна перев'язка, кільцювання, кліпування

5 При кровоточивих поліпах: видалення поліпів методом електрокоагуляції.

6 При кровоточивих пухлинах, що розпадаються, застосовуються електрокоагуляція, лазерна коагуляція, обробка капрофером, плівкоутворюючі препарати.

#### IV. Стандарти оцінки стійкості гемостазу

1 Стійкість гемостазу – поняття клініко-ендоскопічне. Висновок про стійкість гемостазу, який походить від лікаря-ендоскопіста, без врахування клінічних даних неправомірні.

2 Клінічними ознаками нестійкого гемостазу вважаються:

I). зафіксований колаптоїдний стан під час геморагічної атаки; II). наявність лабораторних ознак важкої крововтрати; III). повторні (дві або більше) геморагічні атаки, зафіксовані на підставі явних ознак кровотечі або розвитку колаптоїдного стану.

3 Ендоскопічні ознаки стійкого і нестійкого гемостазу.

4 Наявність будь-якої з клінічних або ендоскопічних ознак нестійкого гемостазу, а також – їх поєднання служить підставою для загальних висновків про нестійкість гемостазу.

#### V. Стандарти диференційованої лікувальної тактики

1 Інтенсивна кровотеча, що продовжується, у хворих з важким ступенем крововтрати є підставою для направлення хворого в операційну безпосередньо з приймального відділення, оскільки показання до екстреної операції в даному випадку абсолютні. Взяття крові для лабораторних досліджень, апаратні та інші види діагностичних заходів проводяться паралельно з передопераційною підготовкою і вводом наркозом.

2 Під час передопераційної підготовки або після вводного наркозу на операційному столі показане цілеспрямоване виконання фіброезофагогастроуденоскопії для уточнення локалізації джерела кровотечі (стравохід, шлунок або дванадцяти пала кишка). У разі можливості виконується зупинка кровотечі, що продовжується, одним із доступних ендоскопічних методів, яка завжди розцінюється як тимчасова. Вона не заміняє операції, а лише дозволяє запобігти продовженню крововтрати до її кінцевої зупинки хірургічними методами.

3 Важкий та середній ступені крововтрати з хронічної виразки шлунка або дванадцяти палої кишки з нестійким гемостазом служить підставою для проведення інтенсивної терапії, направленої на відновлення крововтрати і стабілізацію загальносоматичного статусу протягом доби з наступним терміновим оперативним втручанням. Виконання термінових операцій в строки більше двох діб після геморагічної атаки значно збільшує ризик розвитку інфекційних та інших післяопераційних ускладнень.

4 При важкому та середньому ступенях крововтрати з хронічних гастродуоденальних виразок з гемостазом у хворих старше шістдесяти років з декомпенсованими формами супутніх захворювань, коли ризик оперативного втручання конкурує з ризиком рецидиву кровотечі, показане цілеспрямоване застосування ендоскопічних методів досягнення стійкого гемостазу. У цих пацієнтів продовжується інтенсивна терапія функціональних порушень протягом десяти діб в умовах обмеженого рухового режиму, дієти, противиразкового лікування і динамічного спостереження. У комплексній терапії показане використання сандостатина – 100 мкг одноразово і 25 мкг/год., протягом 1-2 днів.

5 Важкий і середній ступені крововтрати при гемостазі, що відбувся, з гострих гастродуоденальних виразок, а також при ерозивно-геморагічному гастриті, синдромі Меллорі-Вейса, виразках Даллафуа служить підставою для застосування ендоскопічних методів кінцевої зупинки кровотечі. У даному випадку достатньо травматична операція, в основному, не містить в собі патогенетичного компонента, і не має переваги перед ендоскопічними методами гемостазу. Ризик рецидиву кровотечі з новоутворених гострих виразок зберігається в тому і в іншому випадках. Ендоскопічні методи гемостазу підкріплюються консервативною гемостатичною і загальносоматичною терапіями.

6 При крововтраті середнього ступеня з доброякісних або злоякісних пухлин шлунка показано використання ендоскопічних методів місцевого гемостазу на фоні загальної гемостатичної терапії, відновлення крововтрати і інтенсивного спостереження. Рецидив кровотечі за всіх обставин виступає показанням до проведення невідкладного (по відношенню до факту рецидиву кровотечі) оперативного втручання з метою кінцевого гемостазу.

7 При кровотечі легкого ступеня важкості і стійким гемостазом, незалежно від етіології кровотечі, спостереження з контролем стійкості гемостазу, а також консервативне лікування основного захворювання при встановленому діагнозі проводиться в умовах ліжкового режиму і дієти протягом 10-14 діб у хірургічному стаціонарі.

8 Хворим зі стравохідно-шлунковою кровотечею, обумовленою синдромом портальної гіпертензії, в умовах відділення інтенсивної терапії виконується комплекс місцевих гемостатичних заходів. Гемостатична терапія починається з внутрішньовенного крапельного введення. Забезпечується 1%-ним розчином нітрогліцерину в дозі 0,43 мг/кг на добу від 15 до 30 крапель на хвилину (1,5 мг/год.), або анаприліном (обзиданом) в дозі 2,85 мг/кг/добу відповідно (0,25% - 1,0 чи 0,1%-5,0).

9 У спеціалізованих центрах виконується ендоскопічна перев'язка (кліпування) кровоточивих вариксів і склеротерапія варикозно розширених вен стравоходу, застосування зонда Блекмора – Сенгстакена при його наявності. Викликається по санавіації бригада, яка складається з хірурга та ендоскопіста. Неefективність загальних та місцевих гемостатичних заходів визначає необхідність невідкладного або термінового оперативного лікування.

**Література.** 1. Русин В.І. Переста Ю.Ю., Русин А.В., Болдижар О.О., Чаварга М.І., Раммаль А.Х. Лікування портальної гіпертензії у хворих цирозом печінки. – Ужгород, 1989. – 127 с. 2. Принципы оказания медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями / Никишаев В.И., Фомин П.Д., Тутченко Н.И., Головин С.Г., Кузнецов К.В. и др. / Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2000. – Т.3, №3. - С.43-44.

### **16-я больница г.Кривого Рога, центр лечения острых желудочно-кишечных кровотечений.**

С 20,06,91 года в г. Кривом Роге на базе 1-го хирургического отделения (60 коек) 16-й городской больницы развернут городской центр лечения острых желудочно-кишечных кровотечений (30 коек). Для оказания неотложной круглосуточной помощи при ОЖКК штаты отделения были усилены хирургическими и эндоскопическими ставками, анестезиолого-реанимационным отделением на 6 коек.

В основу нашего сообщения положен опыт работы центра с 1991-2000г.г.

Учитывая большой поток поступающих больных с предполагаемым ОЖКК (98-99% больных города), необходимо было решить следующие задачи при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

1. Подобрать оптимальные варианты экстренной дифференциальной диагностики, прогнозирования течения этой патологии.
2. Выработать оптимальные методы консервативного и оперативного лечения,
3. Снизить показатели общей и после операционной летальности. В 1990 г. в городе Кривом Роге при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением общая летальность составляла-7,5%, при оперативном лечении-16,1%, консервативном-4,5%..

В работе центра нами условно выделены два периода: 1-й период – становление (1991-98г.г. ) и 2-й период реструктуризации центра, крайне ограниченного госбюджетного финансирования (1999-2000г.г.).

В основу деятельности центра при язвенных кровотечениях были приняты положения активно-выжидательной тактики с индивидуально-дифференцированным подбором методов лечения.

В первом периоде работы центра поступающий контингент больных с ОЖКК разделялся на потоки нозологических заболеваний, с четким определением генеза, локализации источника кровотечения, его активности и степени тяжести по данным лабораторно-инструментальных обследований, клиническим проявлениям патологии. При ОЖКК язвенной этиологии формировались три группы больных:

1. Угрожающая группа (продолжающееся или рецидивирующее кровотечение, обширные, глубокие, пенетрирующие язвы желудка или двенадцатиперстной кишки - независимо от активности кровотечения) подвергалась экстренному оперативному лечению, после соответствующей стабилизирующей терапии.

2. Группа с остановившемся кровотечением. После корригирующей терапии, дообследования, анализа язвенного анамнеза, степени операционного риска проводилось оперативное лечение в отсроченном плановом порядке ( через 2-3 недели ). Количество операций в этой группе отражало профилактическую санирующую работу центра.

3. Группа, подлежащая консервативному лечению. К ней относили больных не имеющих язвенного анамнеза, впервые выявленные язвы; больные с крайне высоким операционным риском и тяжелой фоновой патологией не корригируемых стабилизирующей терапией, а также отказавшиеся от оперативного лечения. Спустя 14-18 суток пребывания в центре, они переводились на реабилитацию в гастроэнтерологическое терапевтическое отделение.

Всего с ОЖКК пролечено 5740 больных. Кровотечения язвенного генеза диагностированы у 3683 (64,2%) больных. Мужчин – 2431 ( 66% ), женщин – 1252 ( 34% ); в молодом и среднем возрасте – 2541 ( 69% ), в пожилом и старческом – 1142 (31%). Язвенная болезнь желудка установлена у 829 ( 22,5%), двенадцатиперстной кишки – 2854 (74,5%). Язвенный анамнез выявлен у 53,9% больных, у остальных ОЖКК при гастродуоденальных язвах, возникла на фоне приема ulcerогенных препаратов, алкоголя, «стрессовых» ситуаций, острой или хронической тяжелой фоновой патологии.

Оперировано экстренно на высоте кровотечения – 588, умерло 25 больных. В среднем хирургическая активность составила – 15,96%, послеоперационная летальность – 4,25%. В отсроченном плановом порядке оперировано 258 больных, умерло 3 (послеоперационная летальность – 1,2%). Всего прооперировано 846 (22,9%) с общей хирургической летальностью 3,3%. Консервативное лечение проведено у 2837 (77%), умерло 12 (0,42%). Общая летальность 1,1%.

Выбор методов оперативного лечения проводился дифференцированно в зависимости от генеза язвенного дефекта и степени операционного риска. При экстренных операциях отдавали предпочтение надежной остановке кровотечения путем иссечения или экстериоризации язвенного дефекта.

При язвенной болезни желудка осложненной кровотечением оперировано 96 (16,3%). Радикальные операции выполнены у 34 (35,4%), умерло 3 ; паллиативные ( иссечения язвы, краевая или лестничная резекция, экономная дистальная или поперечная резекция) операции дополнялись стволовой ваготомией.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оперировано 492 (83,6%) больных. Ваготомия в сочетании с антрум резекцией, дренирующими желудок операциями выполнены у 376 (76,4%), умерло 11. Резекция 2/3 желудка применена у 27 (5,48%). умерло 4. Паллиативные операции ( остановка кровотечения прошиванием, иссечением язвы в сочетании с передней или задней ваготомией или пилоропластикой) выполнены у 89 (16,6%), умерло 3, рецидив кровотечения отмечен у 3-х с летальным исходом у 1 на фоне вирусного гепатита В.

Таким образом экстренные радикальные операции были применены у 447 (76%), умерло-18 (4%); паллиативные операции – у 151 (25,6%), умерло 7 (4,6%).

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки предпочтение отдавалось органосохраняющим и органосберегающим операциям.

В подавляющем числе случаев причиной смерти явились поздняя госпитализация, тяжесть анемии, осложнения язвенной болезни, тяжелая фоновая патология, ограниченные возможности проведения стабилизирующей терапии.

Проведением санирующих операций к 1997 году снижен удельный вес повторных кровотечений при гастродуоденальных язвах с 48,6% (1991г.) до 12,8% (1996г.). Однако, с 1997года количество плановых отсроченных операций резко сократилась. За период 1997-2000г.г. их проведено только 22 (1,3%), по отношению к 1742 пролеченным больным. Центр кровотечений вошел во второй период своей деятельности ( из штатного расписания выведена круглосуточная эндоскопическая служба, крайнее ограничение госбюджетного финансирования ). В центре внедрены новые технологии диагностики и лечения: 1) классификация кровотечений по этиологии (1);

2) оценка активности кровотечения, прогнозирования устойчивости гемостаза по J.A.M. Forrest (4).

3)Применение новых фармпрепаратов ( блокаторов протонной помпы, H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина, эрадикации *Helicobacter pylori*) по редукции соляной кислоты и пепсина.

4)Внедрение методики эндоскопической остановки кровотечения инфльтрационным склерозированием этоксисклеролом, спирт-новакуиновыми смесями.

5)Эндоскопическая химическая денервация желудка по Тейлору (2,3).

6)Снижение хирургической активности при экстренных операциях до уровня 8,3-7,2%, соответственно в 1999-2000г.г.

7)Переориентация выбора методов оперативного лечения на остановку кровотечения, снижение ранних послеоперационных осложнений, спасения жизни больного. Несмотря на внедрение новых технологических решений, результаты лечения язвенных кровотечений в 1999г. оказались худшими, не только за все годы работы центра, но и по сравнению с показателями Днепропетровской области и Украины. В центре пролечено 435 больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Экстренно оперировано 36, умерло 4 больных (хирургическая активность составила 8,3%, послеоперационная летальность-11,1%, по городу 12,8%). Консервативное лечение проведено у 395 больных, умер 1 (0,25%). Общая летальность составила 1,14%. Приобретенный опыт хирургического центра оказался бессильным перед фактом невозможности провести полноценную стабилизирующую терапию в пред и послеоперационном периодах. Невольно возник вопрос о целесообразности проведения экстренных операций в современных условиях при крайне высоком операционном риске. Переориентация в положениях активно-выжидательной тактики привела к положительным результатам в следующем году. В 2000 году пролечено 467 больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, экстренно оперировано 34, хирургическая активность составила 7,2%, умерших не было. Консервативно пролечено 428 (92,0%), умерло 3, летальность – 0,7%. В плановом отсроченном периоде оперировано 5 (1,0%). Радикальные операции применены у 19 (55,8%), паллиативное с остановкой кровотечения у 15 (44,1%). Эндоскопическая медикаментозная ваготомия проведена у 67 (14,3%), с остановкой кровотечения инфльтрационным склерозированием язвенного дефекта при Форрест 1 А, В у 24 (5%), при Форрест 2 А, В, С – у 43 (9,2%), рецидив кровотечения отмечен у 2-х больных при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки, оперированных с благоприятным исходом.

Таким образом, в настоящее время, проблема лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений является не только хирургической, а прежде всего, общемедицинской и социальной.

Внедрение новых технологий в диагностику и комплексное лечение этой патологии, переориентация в активно-выжидательной тактике при экстренных операциях, прежде всего, на остановку кровотечения и спасения жизни больному позволило центру решить поставленную перед ним задачу.

**ЛИТЕРАТУРА.** 1.Кровотечение язвенной этиологии. Новые направления в хирургии. // Сб. трудов под редакцией проф. Шороха. – Г – П. Мн.: « Промпечать», - 1997г, - с. 7-24. 2.Никишаев В.И. Эндоскопическая денервация желудка при осложненной язве двенадцатиперстной кишки. // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, - 1999. – volume 3. - № 2. – с.39 - 41. 3.Taylor T.V., Holt S., Andrews P.L. (1983) Vagotomy by chemoneurol –YSIS, an experiment study in the rat.Gut. 24: 158-160. 4.Forrest J. , Finglayson N. , Shearman D. Endoscopy in gastrointestinal bleeding// Lancet. – 1974. - №7877. –p. 394-397.

#### **Діагностично - лікувальна тактика при гострокровоточивих виразках у осіб похилого та старечого віку.**

**Фомін П.Д., Переш Є.Є., Сидоренко В.М., Біляков - Бельський О.Б., Ковальчук О.В.**

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ.**

Питання хірургічної тактики при гострокровоточивих виразках у осіб похилого та старечого віку продовжує залишатися одним з найбільш актуальних у сучасній хірургічній гастроентерології /2,3/. Незважаючи на досить часте висвітлення його в літературі, і на сьогодні не вироблено єдиного тактичного підходу /1,2,3/.

На основі аналізу багаторічного досвіду лікування хворих з гострокровоточивими гастродуоденальними виразками (ГКГДВ), у Київському міському центрі невідкладної допомоги хворим з шлунково - кишковими кровотечами стосовно осіб похилого та старечого віку нами розроблено алгоритм хірургічної тактики, коли показання до оперативного втручання встановлюються з урахуванням характеру та інтенсивності кровотечі, ступеню крововтрати, локалізації та розміру виразкового дефекту, стану гемостаза,

ефективності ендоскопічного гемостазу, типу виразки („застаріла”, з тривалим анамнезом чи „стареча”, що вперше виникла після 60 років ) важкості супутньої патології.

При встановленні доцільності операції визначаємо термін та вид оперативного втручання, його переносимість. В залежності від строків проведення операції розрізняємо:

1. Екстрені втручання, що виконуються нами в любий період доби за життєвими показаннями при продовженні профузної кровотечі, рецидиві кровотечі в стаціонарі та поєднанні геморагії з перфорацією.

2. Невідкладні операції, що виконуються у хворих з призупиненою кровотечею, як правило, в строк, що не перевищує 24-48 годин. Дані втручання виконуються пацієнтам з високим ступенем ризику рецидиву кровотечі, а також особам з наявним декомпенсованим стенозом виходу з шлунку. Операції виконуємо після короткотривалої ціле-спрямованої передопераційної підготовки, об'єм якої залежить від ступеню крововтрати, виду та характеру супутньої патології. Основою для відбору хворих до цих оперативних втручань служить принцип прогнозування рецидиву кровотечі.

3. Відстрочені операції — виконуємо у хворих з наявністю відносних показань до хірургічного лікування виразкової хвороби при умові досягнення стабільного гемостазу. Вони показані при тривалому виразковому анамнезі, неефективності попереднього консервативного лікування, повторних кровотечах, наявності хронічних кальозних виразок, навіть вперше виявлених. Дані операції виконуємо на 4-10 добу після досягнення стабільного гемостазу, повноцінного відновлення крововтрати, детального дообстеження хворого та компенсації супутніх захворювань.

Алгоритми діагностично - лікувальної тактики в залежності від типу виразкового дефекту представлені на рис.1 та рис2.

У пацієнтів із „застарілими” виразками при наявності у момент огляду продовження кровотечі намагаємося зупинити її ендоскопічно (шляхом нанесення „ліфузолу” чи „капроферу”). Якщо кровотечу зупинити не вдалося, то пропонуємо хворим екстрене оперативне втручання, попередньо оцінивши його переносимість. Важливим моментом у лікувальних заходах вважаємо проведення, хоч і короткотривалих, заходів, спрямованих на виведення хворого із стану шоку, ліквідацію гіповолемічних порушень, підтримку органів та систем, уражених супутніми хворобами. Зважаючи на стан пацієнтів (вираженість супутньої патології), їм виконують оперативне втручання в повному обсязі (резекція для шлункової локалізації та ваготомія з втручанням на виразці для дуоденальної) чи неповному (паліативні втручання, спрямовані на зупинку кровотечі). Загалом, при можливості, хірургічне втручання повинно надійно попередити рецидив кровотечі, бути достатньо простим та швидким за технічним виконанням, гарантувати виліковування від виразкової хвороби.

Аналогічна тактика і при повторі кровотечі в стаціонарі чи поєднанні її з перфорацією.

Якщо кровотеча зупинилася самостійно чи ендоскопічно, то оцінюємо ступінь ризику розвитку раннього рецидиву кровотечі за сукупністю клінічних та ендоскопічних даних, згідно розробленої в клініці бальної системи.

При наявності загрози рецидиву кровотечі виконуємо невідкладні операції. Перед операцією хворим протягом 24 - 48 години вводимо в\в крапельно стіламін, H2 блокатори чи омепразол. Паралельно застосовуємо гемостатики, засоби, що ліквідують гіповолемічні порушення та лікуємо супутню патологію.

Операцію вважаємо показаною при тривалому виразковому анамнезі та неефективності попереднього консервативного лікування, повторних кровотечах, наявності хронічних кальозних, навіть вперше виявлених, виразок. Оперативне втручання, після визначення його переносимості та показаності, виконуємо цим хворим у відстроченому періоді при повній ліквідації гіповолемічних порушень та можливої компенсації супутніх захворювань, виконуємо в повному чи обмеженому обсязі. При встановленні непоказаності або непереносимості операції хворим застосовуємо консервативну терапію.

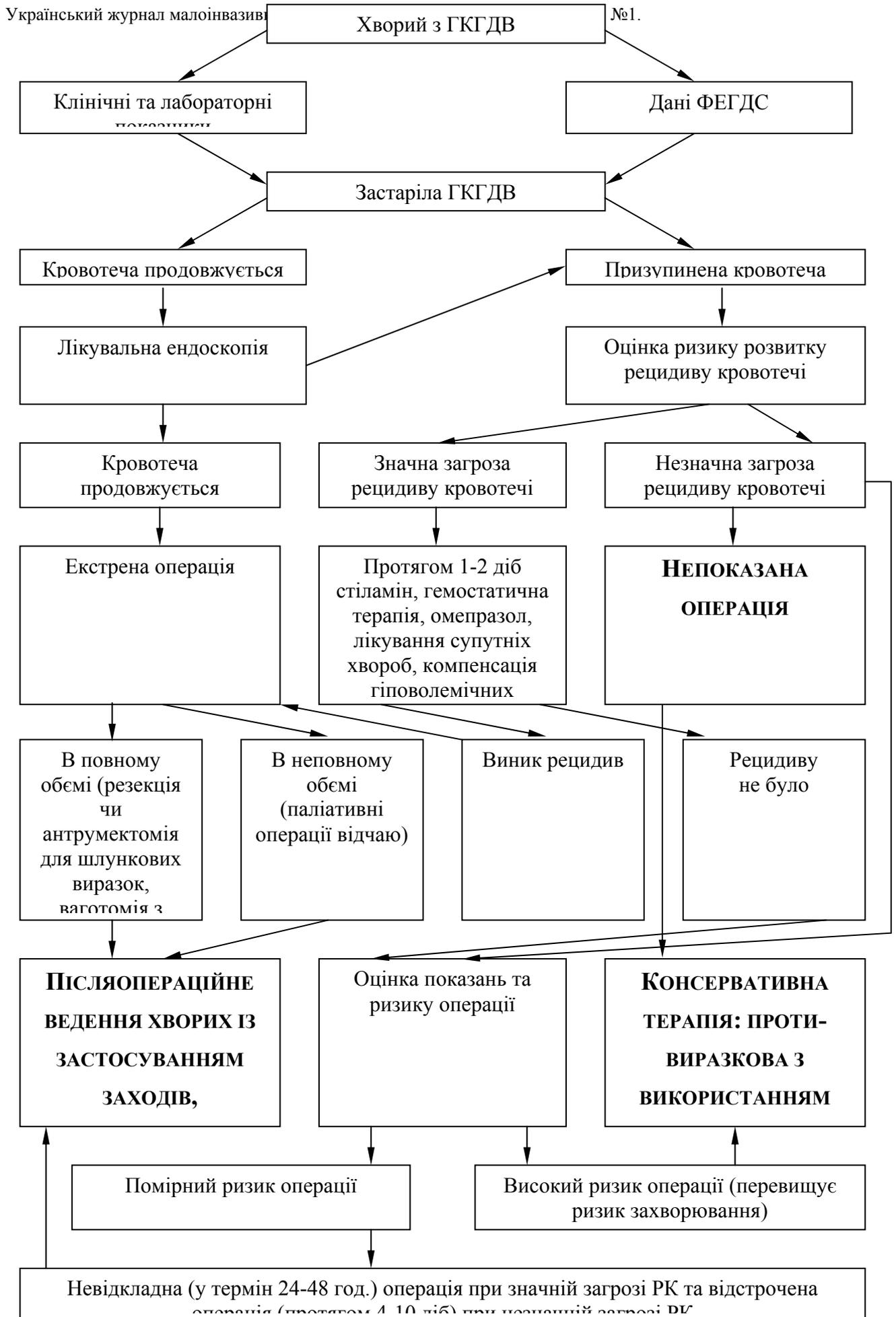
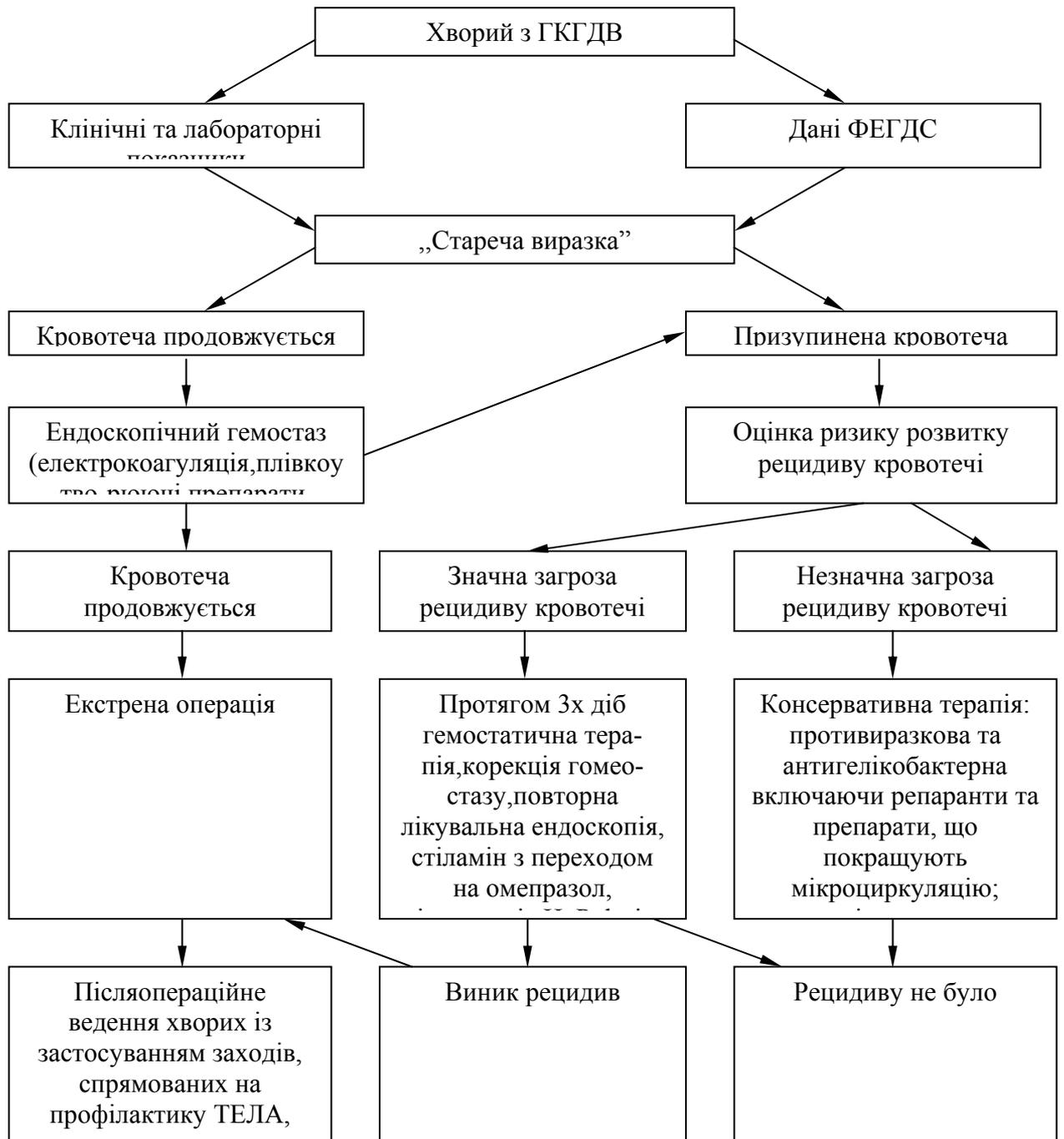


Рис. 1. Алгоритм хірургічної тактики у хворих із „застарілими” ГКГДВ.

У осіб із „старечими” виразками лікування розпочинаємо із консервативних заходів, а саме, виконуємо ендоскопічний гемостаз, призначаємо гемостатики, противиразкові

Рис. 2. Алгоритм лікувальної тактики у хворих зі „старечими” ГКГДВ.



препарати, репаранти, засоби, що покращують мікроциркуляцію, впливають на супутні хвороби, компенсують крововтрату. Доцільним вважаємо застосування оперативних втручань у цій групі пацієнтів тільки при неефективності вищеперечислених заходів і продовженні кровотечі. Заходи передопераційної підготовки інтра - та післяопераційного ведення цих хворих подібні до тих, що застосовуються у пацієнтів із „застарілими” виразками.

Отже, при гострокровоточивих „застарілих” виразках якомога більше хворих відбираємо для ранніх відстрочених операцій, а у пацієнтів із „старечими” гострокрово-точивими виразками вважаємо за доцільне застосування оперативного лікування тільки при неефективності ендоскопічного гемостазу, консервативної терапії та продовженні кровотечі.

Даний алгоритм лікувально - діагностичної тактики використувували протягом 5 річного ( з 1995 по 2000 роки ) періоду у 768 хворих похилого та старечого віку. За вивчений період післяопераційна летальність знизилася з 9,7% до 6,2%, летальність неоперованих з 22% до 7,4%, загальна летальність з 19,4% до 7,2%.

### ВИСНОВКИ.

1. Критеріями вибору хірургічної тактики у осіб похилого та старечого віку є тип виразки, локалізація її, обширність деструкції, важкість крововтрати, стан гемостазу та важкість супутньої патології.
2. Запропонований алгоритм вибору раціональної діагностично - лікувальної тактики у осіб похилого та старечого віку з гострокровоточивими гастродуоденальними виразками з урахуванням типу виразки, важкості супутньої патології, збільшенням числа невідкладних операцій до розвитку рецидиву кровотечі, впровадженням органозберігаючих втручань дозволяє суттєво знизити показники летальності.

**ЛІТЕРАТУРА.** 1.Дерман О.И. Совершенствование хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис...докт. мед. наук:14.00.27/ Харьковск. мед. ин-т.- Харьков,1990.- 34 С. 2.Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Современные подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений// Анналы хирургии,- 1997.-№1.-С. 40 - 46. 3.Коровин А.Я., Базалов С.Б., Кризман И.В. Основные принципы выбора метода лечения кровоточащих дуоденальных язв// Материалы 2 - ой Российской Гастроэнтеро-логической Недели 7 - 13 декабря 1996 г.- М.,1996.- С. 44.

### Сучасна хірургічна тактика при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених профузною кровотечею

Шевчук М.Г., Кахно С.А., Сорочинський І.М.  
Кафедра шпитальної хірургії Івано-Франківської медичної академії.  
Обласна клінічна лікарня.

**Вступ.** За останні роки намітилася тенденція до зростання захворюваності на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. Найпоширеніше і найважче серед ускладнень виразкової хвороби, що несе реальну загрозу життю хворих, є шлунково-кишкові кровотечі /1, 2, 5/. Незважаючи на те, що впродовж останніх років для лікування виразкової хвороби широко використовуються високо ефективні медикаментозні середники, частота виникнення шлунково-кишкових кровотеч не зменшується /3, 4/. Всякий раз, коли карета швидкої допомоги доставляє в приймальне відділення хворого з явищами шлунково-кишкової кровотечі у хірурга виникає питання: 1/ яка причина профузної шлунково-кишкової кровотечі; 2/ чи зупинилася кровотеча; 3/ яка повинна бути хірургічна тактика.

Під впливом консервативної терапії кровотечі у 60-70% хворих зупиняються самостійно /2, 3, 6/. Решта хворих при неефективності консервативного лікування, підлягають оперативному втручанню. В арсеналі хірургів наявна велика кількість добре відпрацьованих операцій, в той же час, загально прийнятої хірургічної тактики при кровоточивій виразці на сьогоднішній день немає /2, 4, 6/.

**Матеріали і методи дослідження.** За останні 5 років з 1995 по 1999 р.р. в області з кривавлючою виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки госпіталізовано 1428 хворих, що складає 2,03 захворюваності на 10 тис. населення. До 30% хворих припадає на жителів міста, 70% хворих на жителів сільської місцевості. Вік хворих в середньому коливається від 17 до 85 років. Відсоток несвоєчасно госпіталізованих хворих складає 29,61%. Прооперовано на висоті кровотечі 341 хворий, оперативна активність 24,7%. З них резекцію шлунка виконано у 26,39% хворих, селективну проксимальну ваготомію з пілоропластикою відповідно у 34,89% хворих, стовбурову ваготомію з пілоропластикою у 5,86% хворих, прошивання кровоточивої виразки, доповненої пілоропластикою проведено у 32,84% хворих. Ліжко день становить 15,52 дні, післяопераційна летальність становить 9,47%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведені нами клінічні дослідження дозволили визначити основні критерії сучасної хірургічної тактики при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею. При профузних шлункових кровотечах вже в приймальному відділенні проводиться визначення групи крові, резус-фактора, гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, визначення АТ тиску, частоти пульсу і ректального дослідження оцінюється ступінь крововтрати. В подальшому проводять біохімічні дослідження крові.

Дальніша діагностично-лікувальна програма включає: введення назогастрального зонду з промиванням шлунку холодним ізотонічним розчином до чистих вод, призначається гемостатична терапія в залежності від ступеня крововтрати, включаючи сучасні кровозамінники (стабізол, рефортан, інфезол та ін.). В хірургічному відділенні хворим проводять фіброгастродуоденоскопію, яка дозволяє діагностувати локалізацію виразки і інтенсивність кровотечі. В окремих випадках проводили ендоскопічну зупинку кровотечі: електрокоагуляції, кліпування, накладання сучасних плівкоутворюючих засобів, введення гемостатичних препаратів, тощо. Після проведення гастродуоденоскопії і уточнення топічного діагнозу в кожному випадку поступали строго індивідуально.

Хворі з хронічними виразками, ускладненими кровотечами яким показана операція в плановому порядку, та поступили в стаціонар в задовільному стані, або навпаки з низьким гемоглобіном і II-III ступенем крововтрати проводиться термінове оперативне втручання. Хворі з хронічними виразками, у яких кровотеча зупинилася, але є тяжкі супутні захворювання або відносні проти покази до операції проводять до обстеження, ретельну передопераційну підготовку і через 2-3 тижні оперують в плановому порядку. При

абсолютних проти показань до операції їх направляють на лікування в гастроентерологічне відділення. Хворим з гострими і свіжими вперше діагностованими виразками з невисокою ступеню крововтрати проводять комплексну гемостатичну терапію. Якщо у них кровотеча продовжується і гемостатична терапія не ефективна їх оперують по життєвих показках, а якщо кровотеча зупинилася, є позитивна динаміка гемопоказників їх переводять для лікування у гастроентерологічне відділення.

Характер оперативних втручань при виразці шлунка, ускладненої кровотечею включає: у компенсованих хворих проводять класичну резекцію шлунка; у різко ослаблених хворих, з високим операційним ризиком проводять клиновидну резекцію шлунка; у крайньо важких хворих – гастротомія, прошивання кровоточивої судини нерозсмоктуючими нитками. При кровотечі з раку шлунка проводять резекцію шлунка, якщо це навіть і паліативна операція, прошивання пухлини безуспішне. При незупиненій кровотечі з гострих стресових або медикаментозних виразках, якщо безуспішна консервативна терапія, проводять гастродуоденотомію, прошивання нерозсмоктуючими нитками всіх кровоточивих виразок з стовбуровою або селективною ваготомією і пілоропластиком. При синдромі Малорі-Вейса – консервативна терапія, ендоскопічна коагуляція і кліпування судин, при неефективності – зашивання тріщини слизової оболонки.

При кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки – методом вибору є органозберігаючі операції. Проводять широку пілородуоденотомію, висічення виразки, пілоропластику з стовбуровою, селективною, або якщо стан хворого дозволяє селективно-проксимальною ваготомією. При великих пенетруючих виразках методом вибору є екстериторизація виразки з пілородуоденопластиком і селективною або стовбуровою ваготоміями. У різко ослаблених хворих з високим операційним ризиком проводимо пілородуоденотомію, висічення або прошивання виразки з стовбуровою ваготомією. У крайньо важких хворих – вимушено обмежуємося тільки прошиванням виразки. При декомпенсованому стенозі, ускладненого профузною кровотечею проводимо резекцію шлунка, якщо стан хворого не дозволяє провести резекцію шлунка проводимо прошивання виразки з накладанням гастроентероанастомозу на довгій петлі з міжкишковим анастомозом. Виконувати резекцію шлунка “на виключення” не рекомендуємо.

З вище сказаного можна зробити висновок, що хірургічна тактика при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених профузною кровотечею повинна бути строго індивідуальна.

**Література.** 1.Братусь В.Д., Шернин Д.М. Гемораргический шок: патофизиологические и клинические аспекты: - К.:Наукова думка, 1989. – 304 с. 2.Господарський А.Я. Прогнозування дуодентальної кровотечі та вибір методу хірургічного лікування виразок 12-палої кишки. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Тернопіль, 2000. – 20 с. 3.Зайцев В.Г., Бойко В.В., Донець М.П. Хірургічна тактика у хворих з декількома джерелами шлунково-кишкової кровотечі, оперованих в ургентному порядку // Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Львів, 1997. – с.94-95. 4.Король Я.А. Паліативні операції в лікуванні виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки, ускладненої кровотечею. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Львів, 2000. – 20 с. 5.Король А.С., Рачкевич С.Л., Лисович Б.І., Король Я.А. Аспекти хірургічної практики при виразковій хворобі, ускладнені кровотечею // Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Львів, 1997. – с.116. 6.Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г., Соболев А.А. Хирургическое лечение язвенной болезни осложненной тяжелой кровопотерей // Клінічна хірургія. – 1994. - №8. – с.18-21.