

УДК 616.33-005.1-089-002.446

© Е.Ф.Чередников, Е.Е.Чередников, А.В.Попов, О.Г.Деряева, М.А.Кашурникова, В. В.Адианов, И.Ф.Овчинников

Лечение больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в условиях работы специализированного центра

Е.Ф.ЧЕРЕДНИКОВ, Е.Е.ЧЕРЕДНИКОВ, А.В.ПОПОВ, О.Г.ДЕРЯЕВА, М.А.КАШУРНИКОВА, В.В.АДИАНОВ, И.Ф.ОВЧИННИКОВ

The treatment of patients with esophagogastric bleeding at the Voronezh City Center

E.F.CHEREDNIKOV, E.E.CHEREDNIKOV, A.V.POPOV, O.G.DERYAEVA, M.A.KASHURNIKOVA, V.V.ADIANOV, I.F.OVCHINNIKOV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, Воронеж

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются одной из актуальных проблем ургентной хирургии [2,4,7,8]. Пищеводно-желудочные кровотечения, как одна из причин гастро-дуоденальных кровотечений, составляют небольшой процент от общего их числа, но по тяжести течения, по неблагоприятному прогнозу занимают одно из первых мест [1, 3, 5, 6, 8]. Среди всех неязвенных желудочно-кишечных кровотечений в последние годы первые места занимают разрывно-геморрагический синдром и синдром портальной гипертензии: на долю разрывно-геморрагического синдрома (Меллори-Вейсса) приходится 27,2%, кровотечения из разрывов варикозно-расширенных вен составляют 15,2%, из аррозированных сосудов – 13,6% [1].

Цель работы – улучшить результаты лечения больных, страдающих пищеводно-желудочными кровотечениями, путем повышения эффективности эндоскопического гемостаза с использованием новых технологий.

Материалы и методы

В Воронежском городском специализированном центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями на базе двух общехирургических и эндоскопического отделений МУЗ ГО г. Воронеж ГКБСМП № 1 (клиническая база кафедры факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко) в период с 2006 по 2010 гг. под нашим наблюдением находилось 327 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями.

Работа велась по нескольким направлениям:

- Проведение анализа методов эндоскопического гемостаза в лечении больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в региональном центре и обобщение путей их совершенствования.

- Эндогемостаз в экстренной хирургии кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

- Разработка программы улучшения комплекса консервативного лечения больных с пищеводно-желудочными геморрагиями.

Среди больных с пищеводно-желудочными кровотечениями мужчин было 200 (61,2 %), женщин - 127 (38,8%). Это свидетельствует о том, что лица мужского пола страдают пищеводно-желудочными кровотечениями в 1,6 раз чаще, чем лица женского пола. Из общего количества больных в возрасте 21-60 лет было 223 (68,3%), до 20 лет – 9 (2,6%), старше 60 лет – 95 (29,1%). Средний возраст составил 47,3 ± 3,2 года.

В зависимости от характера источника кровотечения больные разделились следующим образом: разрывно-геморрагический синдром – 121 больной; аррозия сосуда – 41; разрыв варикозно-расширенных вен (при портальной гипертензии) – 46; рак желудка – 48; полипоз желудка, кровотечение после полипэктомии – 25; лейомиома желудка – 16; эрозивный гастрит – 30.

Согласно эндоскопической классификации кровотечений J.Forrest [9] больные разделились таким образом: FIA – 24 (7,2%), FIB – 32 (9,8%), FIIA – 74 (22,6%), FIIB – 119 (36,4%), FIII – 78 (24,0%) .

По классификации А.И. Горбашко (1985), тяжелая степень тяжести кровотечения наблюдалась у 73 (22,3%) больных, средней тяжести – у 89 (27,2%) и кровопотери – у 165 (50,5%).

Больные с разрывно-геморрагическим синдромом по этиологическому фактору распределились следующим образом. Подавляющее большинство больных (100 чел. – 82,6%) было госпитализировано в состоянии алкогольного опьянения или алкогольного психоза. У других больных причинами, которые могли привести к развитию данного синдрома, были: рвота различного происхождения (9), физическая нагрузка (4), тяжелый кашель (3), уремия (3). Не удалось выявить причину заболевания у 2 больных.

Алкогольное опьянение, явившееся предрасполагающим фактором развития синдрома Меллори-Вейсса в 82,6% случаев, отягощает не только общее

состояние больных, но и усложняет организацию неотложной диагностической и лечебной помощи. На этапе госпитализации больных с разрывно-геморрагическим синдромом диагностические мероприятия осуществлялись в рамках протоколов ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Если больной находился в состоянии алкогольного опьянения, то нами изменялась последовательность применения диагностических методов исследования. После оценки степени тяжести кровопотери и состояния свертывающей системы крови, этих больных готовили к фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС). Выполнение ФЭГДС нередко утяжеляет состояние больного за счет возобновления уже остановившегося кровотечения, появления новых разрывов (позывы к рвоте во время эндоскопии) или усугубления уже имеющегося дефекта пищеводно-желудочного перехода. Поэтому, больным с разрывно-геморрагическим синдромом, находящимся в алкогольном опьянении, ФЭГДС мы проводили после введения противосудорожных препаратов и внутривенной седации или под наркозом. Как выше было отмечено, в диагностике разрывно-геморрагического синдрома особое значение имеет эндоскопическое исследование. По данным наших эндоскопических исследований из 121 больного с синдромом Меллори-Вейсса в 14,9% (18 чел.) была обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии и эзофагит были выявлены в 38% (46 чел.) случаев, расширение вен пищевода на фоне цирроза печени наблюдались у 7 больных (5,8%), сочетание синдрома Меллори-Вейсса с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки было установлено у 11 больных (9,1%), а у 97 пациентов (80,2%) – с гастритом. Учитывая то обстоятельство, что у больных с желудочно-кишечными кровотечениями одновременно могут иметь место разные заболевания, каждое из которых способно вызвать кровотечение, мы рекомендуем всем больным с разрывно-геморрагическим синдромом во время эндоскопического исследования осматривать пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку, а также использовать весь арсенал диагностических средств.

По локализации разрывы располагались следующим образом: область пищеводно-желудочного перехода – в 79,3% (96 чел.), кардиальные – в 4,1% (5 чел.) и пищеводные – в 16,6% (20 чел.) случаев. В пищеводно-желудочной зоне дефекты локализовались на правой стенке – в 40,5% (49 чел.), на задней стенке – в 34,7% (42 чел.), на передней – в 14,1% (17 чел.) и левой – в 10,7% (13 чел.). Длина разрывов колебалась от 0,4 до 4,5 см. Мы различали малые (до 1 см), средние (от 1 до 3 см) и большие (больше 3 см) разрывы. Чаще всего встречались дефекты малых размеров (у 96 чел.).

Основной характеристикой, влияющей на интенсивность кровотечения, а, следовательно, и на степень кровопотери у больных с разрывно-геморрагическим синдромом служили два обстоятельства: локализация

дефекта на правой (со стороны малой кривизны желудка) стенке пищеводно-желудочного перехода и глубина разрыва. Нами условно, с учетом клинических характеристик и патолого-анатомических изменений принято различать 4 стадии синдрома:

I стадия – разрыв слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода и нижней трети пищевода;

II стадия – разрыв слизистой оболочки и подслизистого слоя этой же локализации;

III стадия – глубокий разрыв с повреждением мышечного слоя. Зона разрыва зияет, отмечается интенсивное кровотечение;

IV стадия – разрыв всех слоев пищевода, пищеводно-желудочного перехода сопровождается пневмотораксом, пневмомедиастинумом, медиастинитом – при разрыве грудного отдела и перитонитом – при разрыве абдоминального отдела пищевода. По данным наших исследований дефекты располагались в пределах слизистого слоя (I стадия) – у 37,2% (45 чел.) больных, разрывы подслизистого слоя (II стадия) были отмечены у 52,9% (64 чел.) и III стадия (глубокий разрыв с повреждением мышечного слоя) встретилась лишь в 9,9% (12 чел.) случаев. IV стадии разрывно-геморрагического синдрома мы не отметили.

В большинстве наблюдений дефекты носили единичный характер (77,7% – у 94 больных), множественные разрывы встречались значительно реже (22,3% – у 27 больных). Было замечено, что при существовании скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у больных чаще отмечалось образование множественных и более протяжных разрывов, чем при ее отсутствии. При этом следует отметить, что количество разрывов и их протяженность в меньшей степени влияли на объем кровопотери.

Все больные, в зависимости от применяемого комплекса лечебных мероприятий, случайной выборкой были разделены на две равнозначные группы: основную и группу сравнения (контрольную).

В основную группу вошли 176 больных, которым применяли внутрипросветную сорбционную эндоскопию с использованием биологически активных дренирующих сорбентов в сочетании с «жидкостной» диатермокоагуляцией. Для комплексного лечения больных основной группы использовали инфузионно-трансфузионную терапию с акцентом на современные растворы с преобладанием крахмала и желатины. Кроме этого, в программу инфузионной терапии этим больным мы включали антациды и ингибиторы «протонной помпы» или H_2 -блокаторы гистаминовых рецепторов как один из компонентов подавления агрессивного действия кислотно-пептического фактора. При наличии у больных основной группы сопутствующей язвенной болезни с НР-инфекцией на фоне комплексного лечения применяли «тройную» антихеликобактерную терапию: ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в

день (или метронидазол 500 мг 2 раза в день). Учитывая, что у подавляющего большинства больных с разрывно-геморрагическим синдромом этиологическим фактором заболевания является алкогольная интоксикация (по нашим данным 82,6%), мы включили в программу комплексного лечения основной группы препараты, направленные на коррекцию биохимических нарушений печени и печеночной недостаточности (внутривенные инфузии гепасола А по 500 мл или эссенциале по 500 мг в сутки). Внутрипросветный эндоскопический гемостаз в основной группе осуществляли путем инсuffляции гранулированного сорбента на источник кровотечения. У больных с продолжающимся кровотечением использовали комбинированный способ эндоскопического гемостаза, изменяя последовательность применения гранулированного сорбента: сначала производили диатермокоагуляцию источника кровотечения или инъекционную инфильтрацию тканей вокруг него раствором аминокaproновой кислоты до создания плотного инфильтрата, а затем на область дефекта наносили порошкообразный сорбент с помощью инсuffлятора. У всех больных с продолжающимся кровотечением после первичного гемостаза, а также при угрозе возобновления кровотечения (сгусток или тромбированный сосуд) производили динамическую ФЭГДС, во время которой у больных с кровотечением типа FIAВ и FIIAB на 2 и 4-е сутки после поступления (сроки угрозы рецидива кровотечения) повторяли комбинированную лечебную эндоскопию: производили «жидкостную» диатермокоагуляцию с последующей инсuffляцией гидрогеля. У остальных больных основной группы с состоявшимся кровотечением и невысоким риском рецидива геморрагии сеансы местного лечения сорбентами проводили с интервалом в 2-3 дня. У больных основной группы с пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза был применен разработанный нами диагностически-лечебный алгоритм, предусматривающий определенную последовательность действий хирурга при оказании экстренной помощи. Всем этим больным выполняли экстренную эндоскопию не только пищевода, но и всего верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Каждое эндоскопическое исследование, осуществляемое по экстренным и срочным показаниям в диагностических целях, заканчивалось лечебным воздействием. При продолжающемся кровотечении применяли жидкостную диатермокоагуляцию с использованием точечного «жидкостного» электрода и эндоскопические инъекции склерозантов. Внутрипросветная эндоскопия дополнялась пневмоинсuffляцией гранулированного сорбента.

У больных с состоявшимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода для профилактики рецидива кровотечения на расширенные вены пищевода и желудка инсuffлировали гранулированный сорбент.

Программа комплексного лечения основной группы больных с синдромом портальной гипертензии базировалась на принципах коррекции волевических нарушений анемии и гипоксии (инфузии эритроцитарной массы), нарушений водно-электролитного баланса и гипотензии (инфузии растворов кристаллоидов), гипогликемии (инфузии 10% раствора глюкозы), коагулопатии (инфузии свежезамороженной плазмы), печеночной недостаточности (инфузии гепасола А по 500 мл), применении блокаторов протонной помпы. С целью снижения портального давления использовали питуитрин в дозе 20ЕД и в последнее время октреатид в виде постоянной инфузии в дозе 25 мкг в час.

Больные основной группы и группы сравнения были сопоставимы по полу, возрасту, размерам обусловливающих кровотечение дефектов, сопутствующим заболеваниям, продолжительности наблюдений. В группе сравнения применялись общеизвестные методы эндоскопического гемостаза (электрокоагуляция, обкалывание источника кровотечения гемостатическими или сосудосуживающими препаратами и др.) без использования биологически активных дренирующих сорбентов и «жидкостной» диатермокоагуляции. Больным этой группы также применялись ингибиторы протонной помпы, антациды, препараты гепатопротекторной группы. Больным с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода из группы сравнения проводилась согласно стандарту традиционная консервативная терапия с применением в том числе зонда-обтуратора. Все больные получали в комплексном лечении инфузионно-трансфузионную, общую гемостатическую и симптоматическую терапии. Для проведения инфузионной терапии использовались традиционные растворы кристаллоидов и коллоидов: растворы Рингера и Рингера-Локка, 0,9% раствор натрия хлорида, полиглюкин, реополиглюкин и др.

Распределение больных по группам и характеру осложнения представлено в таблице 1.

Всем больным с пищеводно-желудочными кровотечениями при поступлении в стационар, как уже отмечалось, производились эндоскопические исследования. Выполнялись лабораторные исследования, включающие общие анализы крови и мочи, оценку состояния свертывающей системы крови, биохимические исследования крови. Больным измерялись показатели желудочной секреции путем рН-метрии, проводились исследования биопсийного материала области дефектов.

Эффективность лечения больных с пищеводно-желудочным кровотечением оценивали по основным клиническим и эндоскопическим параметрам: критерию надежности гемостаза (отсутствие крови и ее следов в области дефектов и в просвете желудка), частоте возникновения рецидива кровотечения, выявляемого при повторных ФЭГДС, репаративным процессам в области дефектов (уменьшение отека, появление грануляций, эпителизации), качеству заживления дефек-

Распределение больных с пищеводно-желудочными кровотечениями по группам и характеру осложнения

Группы больных	Характер осложнения			Всего
	Стабильно остановившиеся кровотечения (FIC)	Нестабильно остановившиеся кровотечения (FIA-FIB)	Продолжающиеся кровотечения (FIA-FIB)	
Основная группа	38	109	29	176
Группа сравнения	40	84	27	151
Итого	78	193	56	327

тов (эпителизация, рубцевание), частоте возникновения рецидивов кровотечения на фоне проводимого лечения с использованием эндоскопических методик, предотвращению необходимости экстренных операций и показателям летальности.

Статистическая обработка результатов с использованием компьютерной программы Statistica 6,0 (StatSoft) включала определение критериев Стьюдента (t), Пирсона (χ^2), парных сравнений эмпирических частот событий, парных сравнений Шеффе, многомерного критерия Уилкса. Различия значений показателей считались достоверными при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение

За 18-летний период существования центра отмечено, что ежегодное число больных, госпитализированных по поводу неязвенных гастродуоденальных кровотечений, увеличилось более чем в 9,2 раза. Доля больных с разрывно-геморрагическим синдромом и с синдромом портальной гипертензии за этот период возросла в 8,3 раза. Только за последние 5 лет количество больных с разрывно-геморрагическим синдромом увеличилось в 2,1 раза, а синдромом портальной гипертензии – в 1,6 раза.

Возникновение рецидива кровотечения у больных после спонтанной или эндоскопической остановки кровотечения представляет собой одну из наиболее сложных проблем. Проведенные исследования показали, что традиционные методы эндоскопического гемостаза не решили проблему профилактики рецидивов кровотечения: так, у 28,4% больных с синдромом Меллори-Вейсса и у 31,8% больных с синдромом портальной гипертензии после эндогемостаза был отмечен рецидив геморрагии. Этим больным предпринимались повторные попытки эндоскопического гемостаза, часть из них была оперирована на высоте кровотечения.

Эти два момента и определяют в основном результаты лечения данной патологии, а также ее экономическое и социальное значение. Изложенное заставило нас уделить особое внимание роли эндоскопического гемостаза, а также современным методам консервативного лечения больных с пищеводно-желудочными кровотечениями.

Эндоскопические методы гемостаза в лечении больных с пищеводно-желудочными кровотечениями и обоснование путей их совершенствования

В целях обоснования основных направлений в совершенствовании тактики лечения больных с пищеводно-желудочными кровотечениями нами проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза у 327 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями, в число которых вошли и больные основной и контрольной групп.

Из 327 больных продолжающееся кровотечение типа FIA и FIB было зарегистрировано у 56 чел., у 193 чел. – состоявшееся кровотечение типа FIA и FIB и у 78 чел. – состоявшееся кровотечение типа FIC. Всем больным с продолжающимся кровотечением проводился эндоскопический гемостаз: в большинстве случаев методом инфильтрации дефекта гемостатическими и сосудосуживающими препаратами и комбинацией метода инфильтрации с инсуффляцией сорбента (46), нередко (8) – комбинацией диатермокоагуляции с инсуффляцией и редко (2) – электрокоагуляцией.

Частота рецидивов при кровотечении типа FIA составила 10,7%, при кровотечении типа FIB – 3,6%, а в целом после эндоскопического гемостаза у больных с продолжающимся кровотечением – 14,3%.

Из 193 больных с состоявшимся кровотечением у 97 выполнен эндоскопический гемостаз с целью профилактики рецидивов кровотечения. Для этого, в подавляющем большинстве случаев, использован метод инсуффляции сорбента (в 63 из 97), реже – метод инфильтрации (в 8 из 97).

Рецидивы кровотечения после их эндоскопической профилактики возникли в 3,1% случаев при кровотечении типа FIA и в 8,3% случаев при кровотечении типа FIB, а в целом – в 11,3% случаев. При комбинации метода «жидкостной» диатермокоагуляции с инсуффляцией при кровотечениях типа FIA и FIB, а также FIA и FIB (34 случая) – 97,1%. В 201 случае при состоявшемся кровотечении эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения не проводилась: из них у 96 больных с кровотечением типа FIA и FIB и у 78 – с кровотечением типа FIC. Принимая во внимание тот факт, что у 78 больных с состоявшимся кровотечением типа FIC рецидивов кровотечения не было, и эти больные не нуждались в эндоскопическом гемостазе, в группе больных с состоявшимся кровотечением нами учтена частота рецидивов кровотечения

только у больных с типом FIIA и FIIВ, которая без выполнения эндоскопической профилактики составила 51,1% (49 случаев из 96 больных), при кровотечении типа F2A она достигала 22,9%, а при FIIВ – 28,2%.

Анализируя вышеизложенное, нами определены направления поиска лучших результатов эндоскопического гемостаза у больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в условиях работы специализированного центра:

1) при продолжающемся кровотечении (FIA – FIV) необходимо применять комбинированный способ – «жидкостную» диатермокоагуляцию сочетать с последующей инсуффляцией гранулированного сорбента на область дефекта;

2) при состоявшемся (спонтанно остановившемся) кровотечении на фоне перенесенной кровопотери на догоспитальном этапе улучшение результатов их лечения заключается во введении, так называемой, «интервенционной» эндоскопии: при проведении диагностической ФЭГДС у таких больных переходить на лечебную эндоскопию – проводить эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения. У больных с кровотечением типа FIIA (тромбированный сосуд) следует применять комбинированный способ: «жидкостная» диатермокоагуляция тромбированного сосуда с последующим нанесением гидрогеля. У больных с кровотечением типа FIIВ (сгусток) для профилактики рецидива следует на область дефекта со сгустком инсуффлировать гранулированный сорбент. Все это значительно снижает риск рецидива геморрагии. Так, при кровотечении типа FIIA эндоскопическая профилактика рецидивов кровотечения позволила снизить их частоту в 7,4 раза (с 22,9 до 3,1%), при кровотечении типа FIIВ – в 3,4 раза (с 28,1 до 8,3%).

Мы считаем, что улучшение результатов самих методов профилактики рецидивов при состоявшемся кровотечении может быть достигнуто, как и в случаях активного кровотечения, путем широкого применения «жидкостной» диатермокоагуляции и ее комбинации с последующей инсуффляцией гранулированного сорбента, 97,1% эффективность которых продемонстрировал наш пока небольшой опыт. Совершенствование методов эндоскопического гемостаза может сузить показания к экстренному оперативному лечению больных с пищеводно-желудочными кровотечениями.

Эндогемостаз в экстренной хирургии кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

Больные с синдромом портальной гипертензии выделены в отдельную группу, что обусловлено спецификой их лечения.

В исследование были включены 46 пациентов с циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Мужчин – 35 (76,1%), женщин 11 (23,9%) в возрасте 20-40 лет – 18 (39,2%), 41-60 лет – 22 (47,8%) и старше 60 лет – 6 (13,0%). После выполнения фиброэзофагогастро-

дуоденоскопии все пациенты госпитализировались в ПИТ ОХО-I городского центра по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Продолжающееся кровотечение диагностировано у 17 (36,9%) больных, признаки неустойчивого гемостаза с угрозой возникновения кровотечения – у 21 (45,7%) и стабильно-остановившееся кровотечение – у 8 (17,4%). При этом до 6 часов от начала геморрагии госпитализировано 11 (23,9%) пациентов, от 7 до 24 часов – 9 (19,4%), позже 24 часов – 26 (56,5%).

Тяжелая степень кровопотери была отмечена у 10 (21,7 %) больных, средней тяжести кровопотеря – у 12 (26,1%) больных и легкая степень – у 24 (52,2%).

Клинические исследования показали, что у больных основной группы (24 больных) при применении эндоскопических методов гемостаза («жидкостный» электрод, пневмоинсуффляции гелевого сорбента, пищевой зонд с гидрогелевой прослойкой) в комплексе с медикаментозным лечением (октреатид, гепасол А) значительно раньше наступала ремиссия заболевания. Это подтверждалось улучшением общего состояния больных, снижением симптомов интоксикации, исчезновением признаков печеночной энцефалопатии, нормализацией гемодинамических и биохимических показателей: на 5-7 день лечения общий билирубин в среднем снижался на 30-35%, аминотрансферазы уменьшались в 1,5-1,8 раза от исходного уровня. Используя данную методику, в основной группе первичный гемостаз удалось осуществить у всех больных. В 3 (12,5%) случаях отмечались рецидивные кровотечения, которые не потребовали проведения экстренных операций. У этих пациентов источник кровотечения локализовался в пищеводе, где технически сложно проводить эндоскопические манипуляции. В основной группе умерло 5 (20,8%) пациентов.

Из 22 аналогичных больных группы сравнения первичный гемостаз был достигнут у 15 (68,2%) человек. В 7 (31,8%) клинических наблюдениях был отмечен рецидив геморрагии. Неотложная операция была произведена 2 больным. В группе сравнения умерло 7 (31,8%) пациентов.

Был проведен анализ причин летальных исходов в исследуемых группах. В основной группе ведущей причиной стала прогрессирующая печеночная недостаточность – у 3 пациентов, из них двое больных находились в стационаре менее суток. Рецидив кровотечения послужил причиной гибели 1 больного. В результате декомпенсации сопутствующей патологии умер 1 пациент. В группе сравнения отмечена следующая картина причин летальных исходов: печеночная недостаточность – у 3 больных и рецидив кровотечения – у 4 человек. Таким образом, применение эндоскопических методов гемостаза с инсуффляцией гелевого сорбента изменяет структуру летальности больных за счет снижения значимости рецидива кровотечения как основной причины летальных исходов.

Анализируя приведенные данные, можно сделать вывод о том, что использование эндоскопических гемостатических манипуляций и пневмоинсуффляций в комбинации с медикаментозной терапией является достаточно эффективным в лечении больных с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Но отдаленные результаты остаются неутешительными: существенного улучшения показателей летальности у больных с синдромом портальной гипертензии не отмечено.

Как известно, единой программой лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор не разработано. На наш взгляд, в решении этой проблемы необходимо объединить и скоординировать усилия всех специалистов, касающихся синдрома портальной гипертензии: врачей-гигиенистов (для вакцинации гепатитов А, В, С, Д), врачей-инфекционистов, гастро-

энтерологов, терапевтов, общей практики, хирургов и руководителей здравоохранения.

Заключение

Использование разработанной тактики лечения больных с пищеводно-желудочными кровотечениями с применением внутрипросветной эндоскопической инсуффляцией биологически активных гранулированных сорбентов, жидкостной диатермокоагуляции, использованием ингибиторов протонной помпы, препаратов гепатопротекторного действия, патогенетически обоснованной инфузионной терапии повышает эффективность лечения, обеспечивает уменьшение числа рецидивов кровотечения и резко снижает необходимость в проведении экстренных операций.

Список литературы

1. *Баткаев А.Р.* Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии (экспериментально-клиническое исследование). Автореф. дис... д-ра мед. наук. Воронеж. 2010; 42.
2. *Гостищев В.К., Евсеев М.А., Ивахов Г.Б.* Острые гастродуоденальные кровотечения: концепция хирургической тактики. Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград. 2011; 659-660.
3. *Чередников Е.Ф. и др.* Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий. Вестник хирургической гастроэнтерологии. М. 2009; 2: 27-32.
4. *Чередников Е.Ф. и др.* Опыт инновационного подхода к решению проблемы острых желудочно-кишечных кровотечений. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. М. 2010; 3: 4: 429-430.
5. *Савельев В.С.* Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Триада-Х. 2004; 525-556.
6. *Тверитнева Л.Ф.* Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений. Автореф. дис... д-ра мед. наук. М. 2009; 50.
7. *Матушкова О.С. и др.* Эндоскопические методы кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Тезисы докладов 12 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М. 2008; 272-275.
8. *Fennerty M. B.* Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: rationale for therapeutic benefits of acid suppression. Crit. Care Med. 2002; 30: 6: 351-355.
9. *Forrest I.A.N. et al.* Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. Endoscopy. 1987; 19: 1: 11-13.

Поступила 13.10.2011 г.

Информация об авторах

1. Чередников Евгений Федорович – д.м.н., проф., заслуженный врач Российской Федерации, зав. кафедрой факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: stom@vsma.ac.ru
2. Зимарин Геннадий Иванович – заслуженный врач Российской Федерации, главный врач Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1
3. Купцов Алексей Аркадьевич – к.м.н., доц. кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко
4. Чередников Евгений Евгеньевич – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко
5. Кашурникова Мария Анатольевна – ассистент кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко
6. Деряева Ольга Геннадьевна – аспирант кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко
7. Попов Александр Викторович – аспирант кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко
8. Адианов Вадим Владимирович – начальник хирургического отделения стационара МСЧ УФСБ Российской Федерации по Воронежской области
9. Овчинников Игорь Федорович – соискатель кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко