

УДК 616.33-089.811.814

© Е.Ф.Чередников, Г.И.Зимарин, Е.Н.Любых, Г.В.Полубкова, А.А.Бондаренко, Ю.В.Усов, Е.Е.Чередников, А.В.Попов, М.А.Кашурникова

Опыт инновационного подхода к решению проблемы острых желудочно-кишечных кровотечений

Е.Ф. ЧЕРЕДНИКОВ, Г.И.ЗИМАРИН, Е.Н.ЛЮБЫХ, Г.В.ПОЛУБКОВА, А.А.БОНДАРЕНКО, Ю.В.УСОВ, Е.Е.ЧЕРЕДНИКОВ, А.В.ПОПОВ, М.А.КАШУРНИКОВА

Experience of the innovative approach to the problem of an acute gastroduodenal bleedings

E.F.CHEREDNIKOV, G.I.ZIMARIN, E.N.LYUBYKH, G.V.POLUBKOVA, A.A.BONDARENKO, Yu.V.USOV, E.E.CHEREDNICOV, A.V.POPOV, M.A.KASHURNIKOVA

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1

Общество несет большие социальные и экономические потери от широко распространенных заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением разной степени тяжести. Тревогу представляет большое число рецидивов значительное количество «операций отчаяния» на высоте кровотечения и высокая летальность [3, 5]. Современная гастроэнтерология добилась существенного прогресса в консервативном лечении острых гастродуоденальных кровотечений, однако слабым местом остается местное лечение. Новые возможности местного гемостаза, связанные с применением эндоскопической техники, оказались реализованными лишь частично, в связи с тем, что не дают возможности предотвратить рецидив кровотечения [1, 2, 4].

В 1993 году на базе общехирургических и эндоскопического отделений многопрофильного стационара (ГК БСМП №1) был открыт городской специализированный Центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Цель создания Центра: улучшить результаты лечения больных, страдающих гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии, путем использования новых технологий.

Центр обслуживает население в 976000 человек. Ежегодно в Центре проходят лечение около 900 больных с гастродуоденальными кровотечениями. За 17 лет работы пролечено 12869 больных, из них 8522 (66,2%) больных с язвенными и 4347 (33,8%) – с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями. В основу работы Центра положено разработанное новое клиническое направление: дифференцированная комплексная эндоскопическая биологически активная сорбционная терапия острых гастродуоденальных кровотечений. Оно предусматривает применение в комплексном лечении малоинвазивного метода лечебной внутрисосудистой эндоскопии, современных средств консервативного лечения, использование

«жидкостной» диатермокоагуляции и биологически активных дренирующих сорбентов. В Центре применяется разработанный диагностически-лечебный алгоритм. В приемном отделении выделяются больные с профузным кровотечением (0,5-0,8%), которые доставляются в операционную. Остальные больные направляются в эндоскопическое отделение на диагностическую и лечебную ФЭГДС; некоторые из них, при неудавшейся попытке эндоскопической остановки кровотечения, направляются на оперативное лечение (1-2%). Основная же масса больных госпитализируется для интенсивной предоперационной подготовки. Всестороннее изучение данной проблемы позволило найти новый подход к разрывно-геморрагическому синдрому (Меллори-Вейсса), признанный открытием. Нами установлена неизвестная ранее закономерность в анатомическом строении абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, которая у человека является морфологической основой возникновения разрывно-геморрагического синдрома. Это открытие имеет большое практическое значение, ориентируя врача-хирурга на расположение кровоточащих разрывов и наиболее частую их локализацию. Следует отметить, что число случаев кровотечений неустановленной этиологии резко сократилось и колеблется в пределах 0,8-1,0% от всех кровотечений. Разработаны четкие толкования эндоскопических признаков устойчивости гемостаза, что помогает исключить неоправданную выжидательную тактику. Диагноз неустойчивого гемостаза ставится при обнаружении хотя бы одного из следующих признаков: кровь в любом количестве в просвете желудка или ДПК, источник кровотечения покрыт сгустком красного цвета или виден тромбированный сосуд. Многолетний опыт работы Центра позволил прийти к выводу, что основой лечебной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях является консервативная терапия. В Центре работает круглосуточная эндоскопическая

служба, которая позволяет осуществлять, так называемую, «интервенционную» эндоскопию, в которую входят динамическая ФЭГДС с одновременным гемостатическим и противоязвенным лечением. Контрольная ФЭГДС в течение 12 часов после первичного осмотра показана всем больным, подвергшимся лечебной или диагностической эндоскопии, у которых имеются эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза. Количество ФЭГДС в эндоскопическом отделении составляет в среднем 6,5 тыс. в год. Завершает первый этап лечение блокада помповых каналов, предотвращающая окислительное повреждение дефицитного сосуда. В Центре предусмотрена программа инфузионно-трансфузионной терапии с акцентом на современные растворы с преобладанием крахмала и желатина. С целью коррекции постгеморрагической иммуносупрессии предусмотрено введение иммуномодулятора имунофана в дозе 1,0 внутримышечно через день в течении всего пребывания в стационаре.

В Центре применяется активная и упреждающая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях, направленная на предотвращение рецидивов кровотечения и раннее их выявление. Основными факторами, которые необходимо учитывать при прогнозировании рецидива язвенного кровотечения, являются: продолжающееся струйное кровотечение из язвенного дефекта или подтекание крови из-под сгустка, которое удалось остановить при ФЭГДС; сохранение на язвенном дефекте сгустка или наличие тромбированного сосуда диаметром 0,3 мм и более на повторной ФЭГДС спустя 12 часов после первичного осмотра; снижение Hb до 80 г/л и гематокрита до 25%; появление лейкоцитоза на фоне анемии.

Альтернативой хирургическому методу гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях у многих пациентов (больные пожилого и старческого возраста, с высокой степенью операционного риска) мы считаем разработанный малоинвазивный метод лечебной внутрипросветной эндоскопии, включающий комплекс современных средств консервативного лечения, использование «жидкостной» диатермокоагуляции, гидрофильных гранулированных дренирующих сорбентов. Лечебная программа, применяемая в Центре, позволила сократить число рецидивов кровотечения в 2,4 раза, уменьшить число экстренных операций на высоте кровотечений в 2,6 раза, снизить общую летальность в 2,4 раза.

Заключение

Несмотря на значительные успехи, остается нерешенной суть проблемы – уменьшение общей и послеоперационной летальности. Одним из реальных путей улучшения результатов лечения этой категории больных, по нашему мнению, является сосредоточение их в специализированных Центрах, имеющих высококвалифицированных специалистов и хорошую материально-техническую базу.

Список литературы

1. *Емолов А.С.* Принципы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2002; 3: 83-85.
2. *Гостищев В.Г.* Результаты лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений при различной хирургической тактике. Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Матер. Всерос. конф. хирургов. Саратов 2003: 78-80.
3. *Капранов С.В.* Выбор способа профилактики рецидива кровотечения из гастродуоденальной язвы. Тез. докл. Междунар. конгр. по эндоскоп. хирург. М. 2008:188-189.
4. *Панцирев Ю.М.* Способ остановки профузных гастродуоденальных кровотечений язвенной природы эндоскопическим методом в сочетании с современной фармакотерапией. Тез. докл. Междунар. конгр. по эндоскоп. хирург. М. 2010: 268-270.
5. *Сколяров В.В. Маслов А.И., Баркоков Э.М.* Тактика лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2010; 3: 1: 52-55.
6. *Черенников Е.Ф., Баткаев О.С.* Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2009; 2: 4: 291-304.

Поступила: 17.06.2010 г.

Информация об авторах

1. Черенников Евгений Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко; e-mail: stomatolog@vsma.ac.ru
2. Зимарин Геннадий Иванович – главный врач ГК БСМП №1 г. Воронежа; e-mail:bsmp9@mail.ru
3. Любых Евгений Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко; e-mail: e-Ljubyh@yandex.ru
4. Полубкова Галина Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко; e-mail: stomatolog@vsma.ac.ru
5. Бондаренко Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением ГК БСМП №1 г. Воронежа; e-mail: stomatolog@vsma.ac.ru
6. Усов Юрий Викторович – врач-хирург ГК БСМП №1 г. Воронежа; e-mail: stomatolog@vsma.ac.ru
7. Черенников Евгений Евгеньевич – ассистент кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко.
8. Попов Александр Викторович – аспирант кафедры факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко.
9. Кашурникова Мария Анатольевна – ассистент кафедры факультетской хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко; e-mail: stomatolog@vsma.ac.ru