

Автор: ГОНЧАРОВ Н.Н., хирург УЗ "Речицкая ЦРБ", канд. мед. наук



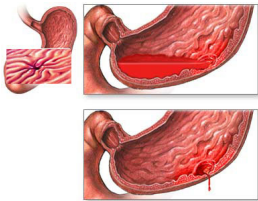
*Внедрение программы лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК) в Речицкой ЦРБ почти в 4 раза уменьшило оперативную активность и вдвое — послеоперационную летальность*

## Тактика и практика

Вопросы лечебной тактики при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях дискутируются много лет и, по сути, остаются нерешенными. Это заболевание, занимающее по частоте 4 место среди острой абдоминальной хирургической патологии, создает не только медицинскую, но и социальную проблему.

Во всех областных городах Беларуси работают центры желудочно-кишечных кровотечений. Но они не способны объять всю массу больных с ГДЯК. А потому успешное лечение таких пациентов зависит от грамотных действий хирургических служб городских и районных больниц.

## Язва желудка. Язвенные кровотечения.□



Нами выработан порядок курации больных с ГДЯК. При их лечении должны соблюдаться следующие требования:

- в хирургическом стационаре необходим специалист (или специалисты), подготовленный по желудочной хирургии, который владеет методами оперативных вмешательств на гастродуоденальной зоне;
- в медучреждении любого уровня (кроме СВА и СУБ) иметь эндоскопическую службу, способную функционировать круглосуточно;
- набор современных гемостатических средств, инфузионных сред для коррекции ОЦК, препаратов крови (СЗП, альбумин) и ее компонентов;
- современные препараты для лечения пептических язв;
- наличие лабораторной службы, работающей круглосуточно.

Эндоскопическое рабочее место оснащается (по централизованным закупкам Минздрава и УЗО) эндоскопом с торцевой оптикой, электрокоагулятором или другой эндоскопической гемостатической аппаратурой, оптимальным набором инструментария (эндокатетер, инъекционная игла, эндоэлектрод); обеспечивается его мобильность: способность перемещаться по медучреждению. Рабочее эндоскопическое место комплектуется набором лекарственных гемостатических средств.

## Диагностическая веха

**Фиброгастродуоденоскопия** — важнейшая диагностическая веха, которая определяет стратегию лечения больного с ГДЯК. Врач-эндоскопист должен провести топическую оценку источника кровотечения, выполнить эндоскопический гемостаз или эндопрофилактику рецидива и определить возможные эндоскопические признаки последнего. Он не может «уйти из желудка», не решив этих задач.

Следует выполнять наиболее доступные и простые виды эндогемостаза: (аппликационный — орошение кровоточащей язвы гемостатическими средствами и аппликация язвы медицинскими пленкообразующими полимерами); инъекционный (обкалывание из 2–5 точек кровоточащей язвы 70% спиртом, раствором адреналина, 5% — глюкозы); коагуляционный (моно- или биполярная коагуляция кровоточащей язвы обычным или промывным электродом; при использовании аргоноплазменной коагуляции поток плазмы направляется на источник кровотечения) и комбинированный (коагуляция + аппликация, инъекции + аппликация и т. д.).

**Фотокоагуляционный, крио-, термокоагуляционный и механический виды эндогемостаза** требуют специальной аппаратуры, определенных навыков и применяются реже.

В настоящее время общепринята классификация источника кровотечения J. Forrest (1987), согласно которой определяется и риск его рецидива. Однако следует заметить, что используемые эндоскопические и клиничко-эндоскопические критерии не дают абсолютной вероятности прогноза развития язвенной геморрагии. Только комплексная индивидуальная оценка состояния больного позволяет прогнозировать дальнейшую лечебную тактику.

Качественный и стойкий эндогемостаз — залог успеха в лечении ГДЯК. Но в силу патоморфологических изменений в самой язве и окружающих тканях, а также в организме в целом, существуют факторы, способствующие рецидиву язвенной геморрагии. Поэтому эндогемостаз — лишь первый шаг в лечебном процессе, который должен дополняться дифференцированным и качественным фармакологическим и физическими факторами.

По результатам эндоскопии определяется тактика ведения больного. Это, как правило, интенсивная гемостатическая терапия или немедленная операция при продолжающемся либо профузном кровотечении. Имея в виду механизмы спонтанного гемостаза при язвенных кровотечениях, следует стремиться к достижению эффекта методами нехирургического гемостаза, что позволит свести до минимума число рецидивов язвенных геморрагий и снизить количество неотложных оперативных вмешательств, выполняемых в экстремальных, неблагоприятных условиях — как для пациента, так и для хирурга.

## Внимание — гемостазу

В Речицкой ЦРБ программа лечения больных с ГДЯК включает эндоскопический, физический и комплексный фармакологический гемостаз, а также целенаправленное противоязвенное медикаментозное сопровождение. Проводятся следующие виды гемостаза: аппликационный, инъекционный, фото-, эл. коагуляционный и комбинированный (эл. коагуляция + аппликация язвы капрофером и инъекции + аппликация капрофером). Физический гемостаз — физический покой, гипотермия гастродуоденальной зоны и щадящая диета через 6–12 часов с момента госпитализации. Особое внимание уделяется фармакологическому гемостазу. Определяется объем кровопотери по формуле Мура и в зависимости от данного показателя составляется инфузионная программа. Объем ОЦК восполняется кристаллоидными, коллоидными растворами и растворами на основе гидрокси-этилированного крахмала. Гемокоррекция проводится при показателях  $Hb \leq 80-85$  г/л. Кровопотеря  $\geq 25-30\%$  ОЦК рассматривается как коагулопатия потребления, и в таких случаях в инфузионную программу включается трансфузия свежезамороженной плазмы в первоначальном объеме не менее 0,7 литра.

Непременное условие гемостаза при ГДЯК — применение антисекреторных препаратов, блокаторов протеаз и фибринолиза. Производим внутривенное введение блокаторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторов гистамина и болюсное введение овомина (контрикала) в течение первых 3 суток с момента госпитализации больного. Для уменьшения и нормализации проницаемости сосудистой стенки, а также активации образования протромбина и превращения его в тромбин назначаются этамзилат натрия (дицинон), викасол и хлористый кальций — в первые 5 суток.

Параллельно с гемостатической терапией со 2-х суток госпитализации проводится многокомпонентная «противоязвенная» терапия с обязательным применением антихеликобактерных препаратов. С 6-х — назначается физиотерапевтическое лечение. Критерием стабильности гемостаза считаем отсутствие рецидива кровотечения из язвы в течение первых 5 суток, а эффективности лечения — полное рубцевание пептической язвы в стационаре.

Такой подход позволил за 10 лет уменьшить оперативную активность при ГДЯК (пролечены 718 больных) с 15,4% до 4,1% и снизить послеоперационную летальность с 13,6% до 6,8%. Рецидивы кровотечения в стационаре — единичные клинические случаи.

Одна из основных причин развития ГДЯК — неудовлетворительное лечение язвенной болезни врачами терапевтического профиля. Поднятая на щит и как будто решенная проблема хеликобактериоза на самом деле далека от разрешения. Увеличивается число острых осложнений язвенной болезни, несущих смертельную угрозу. В последние годы мы отмечаем рост осложненных форм этого заболевания в стационаре (с 19,7% до 45,2%) и, в частности, больных с ГДЯК (с 17,3% до 30,8%). Способствовали тому и непродуманные управленческие решения о сокращении гастроэнтерологических коек и должностей врачей-гастроэнтерологов амбулаторной службы.

Проблемы лечения осложнений язвенной болезни, и особенно ГДЯК, следует отнести к социально приоритетным. Без принятия стратегической государственной (медицинской) программы, возрождения в полном объеме системы диспансерного учета и санпросветработы, наши хирургические усилия будут по-прежнему выглядеть как отчаянное сопротивление на последнем рубеже обороны.

### **Проблема гастродуоденальных язвенных кровотечений обусловлена:**

- широкой распространенностью язвенной болезни (более 10% населения) и преобладающим ростом «острых» осложнений в последнее 10-летие;
- ненормированным приемом противовоспалительных нестероидных препаратов и агрессивной антикоагулянтной терапией;

- старением населения и увеличением мультиморбидности пациентов с ГДЯК, составляющих основную и наиболее тяжело поддающуюся лечению группу;
- отсутствием тенденции к улучшению результатов лечения больных с ГДЯК и сохраняющейся высокой летальностью при них;
- отсутствием единой доктрины лечения ГДЯК.

[Медицинский вестник](#) , 14 мая 2009 г.