

Современная тактика ведения пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами

Несмотря на успехи современной гастроэнтерологии и наличие большого арсенала ингибиторов желудочной секреции, гастродуоденальные язвы продолжают оставаться наиболее распространенным источником кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и представляют серьезную проблему в хирургии органов брюшной полости. К сожалению, лечение больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) не имеет в настоящее время единой выработанной доктрины, что не приводит к улучшению результатов терапии. О современном состоянии проблемы и перспективах усовершенствования медицинской помощи больным с острыми кровоточащими язвами мы попросили рассказать академика НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Петра Дмитриевича Фомина.

— Насколько актуальна проблема язвенных кровотечений в хирургической практике?

— Следует отметить, что из всех описанных причин ЖКК (а их около 100) гастродуоденальные пептические язвы — наиболее распространенный источник кровотечения. Согласно разным статистическим данным на них приходится от 38,7 до 68,1% случаев ЖКК. На протяжении жизни кровотечения возникают у 15-30% пациентов, страдающих гастродуоденальными пептическими язвами. В последнее время мы отмечаем увеличение распространенности гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии, о чем свидетельствует рост удельного веса случаев госпитализации в хирургические стационары пациентов с ЖКК, а также анализ деятельности специализированных клиник. Так, в Украине за период с 2003 по 2010 г. количество пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) выросло с 4,23 до 4,64 на 10 тыс. населения, что в абсолютных числах превышает 21 тыс. случаев в год. При этом уровень общей и послеоперационной летальности при ЯГДК остается нежелательно стабильным, составляя 5-20%, и не имеет тенденции к снижению. Нерешенной является проблема раннего рецидива кровотечений (РРК), особенно в раннем периоде после первичного гемостаза. Если среди больных без РРК летальность составляет 2-3%, то среди пациентов с ранним рецидивом она достигает 12-15%. Это обуславливает необходимость разработки единых тактических подходов, прогностических критериев возможного РРК, методов эндоскопического гемостаза способов и сроков выполнения оперативных вмешательств.

— С какими организационными трудностями чаще всего приходится сталкиваться хирургам при ведении пациентов с язвенными кровотечениями?

— Несмотря на многочисленные исследования, касающиеся лечебной тактики у больных с ЯГДК на различных уровнях оказания хирургической помощи, многие вопросы остаются спорными и не до конца решенными.

Недостаточно отработаны вопросы тактических подходов в оказании медицинской помощи больным с ЯГДК на догоспитальном этапе (врачебная амбулатория, поликлиника), на этапах госпитализации (скорая медицинская помощь), госпитальном этапе (приемное отделение неспециализированного и специализированного учреждения). Нерешенные проблемы организационного характера лечебно-тактических подходов в оказании хирургической помощи в условиях центральной районной больницы (ЦРБ, первичный уровень хирургической помощи), в городских больницах (вторичный уровень хирургической помощи), областных больницах и специализированных центрах ЖКК (третичный уровень хирургической помощи).

— Изменилась ли в последнее время тактика ведения пациентов с ЯГДК?

— За последние годы лечебная тактика при оказании медицинской помощи больным с ЯГДК претерпела некоторые изменения, связанные с этапной переоценкой эффективности роли и показаний к применению различных лечебных мероприятий. Начиная с 2003 г. большинство хирургов специализированных центров по лечению ЖКК считали целесообразным выполнение экстренной операции при продолжающемся кровотечении и неэффективности эндоскопического гемостаза или возникновении технических затруднений в лечении РРК. Это ознаменовало переход от активно-выжидательной к активно-индивидуализированной хирургической тактике.

— В чем отличие этих двух подходов?

— Активно-выжидательная тактика предусматривает начало лечения острых желудочно-кишечных кровотечений с консервативных мероприятий, которые в случае остановки кровотечения следует продолжать до выведения больного из состояния анемии. Оперативное вмешательство проводится только в случае невозможности остановки кровотечения или РРК. Однако активно-выжидательная тактика не позволяла обеспечить хорошие результаты лечения у больных с РРК (летальность достигала 30%).

Суть активно-индивидуализированной тактики заключается в выявлении пациентов с высоким риском РРК и проведении соответствующих лечебных мероприятий (включая оперативное вмешательство при наличии других осложнений язвенной болезни) с целью предотвращения этого рецидива. Прогнозирование и профилактика ранних рецидивов ЯГДК с помощью динамической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с выполнением срочных, отсроченных и плановых операций способствовали улучшению непосредственных результатов лечения больных с профузными язвенными кровотечениями.

Использование активно-индивидуализированной тактики в лечении больных с ЯГДК при помощи мининвазивных методов эндоскопического гемостаза позволило рационально определить объем и способ оперативного лечения у больных с высоким риском РРК. Так, в Киевском городском центре желудочно-кишечных кровотечений за период с 1999 по 2009 г. прооперировано 399 пациентов с ЯГДК: 274 пациента (68,67%) — с 1999 по 2003 г. и 125 пациентов (31,27%) — с 2004 по 2009 г. При этом операционная активность уменьшилась с 14,3% в 1999 г. до 4,64% в 2003 г.

— Какая классификация ЖКК применяется в практической деятельности?

— Классификация ЖКК должна учитывать такие факторы, как локализация источника кровотечения (из верхних отделов — пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка; из нижних отделов — тонкая кишка, толстая кишка), клиническое

течение (продолжающееся, остановившееся), объем кровопотери, характер (острое, хроническое), интенсивность (интенсивное, неинтенсивное), по этиологии (неварикозное, варикозное), по степени тяжести кровотечения (легкая, средняя, тяжелая), по частоте (первичное, раннее рецидивное). Отдельное выделение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка связано с тем, что эта категория больных требует специфического лечения.

Степень тяжести кровотечения определяют на основании данных анамнеза, объективного обследования больного и таких лабораторных показателей, как количество эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрит, дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК). Для определения тяжести кровотечения по клинко-лабораторным показателям применяют классификации В.Д. Братуся, А.И. Горбашко, А.А. Шалимова, согласно которым выделяют три степени кровотечения в зависимости от объема перенесенной кровопотери и общего состояния больного.

• Легкая — дефицит ОЦК до 20%, гемоглобин не ниже 100 г/л, ЧСС до 90-100 в минуту, АД в норме.

• Средняя — дефицит ОЦК от 20 до 29%, гемоглобин от 100 до 80 г/л, ЧСС до 120 в минуту, АД не ниже 80 мм рт. ст.

• Тяжелая — дефицит ОЦК 30% и более, гемоглобин меньше 80 г/л, ЧСС больше 120 в минуту, АД менее 80 мм рт. ст.

Важным показателем состояния больного при ЯГДК является не только объем, но и темп кровопотери. Один и тот же объем кровопотери в зависимости от его времени будет по-разному отражаться на состоянии больного. Кровотечение с быстрой кровопотерей сопровождается коллапсом, но медленная кровопотеря в таком же объеме может и не сопровождаться выраженными симптомами. Выделяют медленную (до 100 мл/ч), замедленную (100-300 мл/ч) и быструю (более 300 мл/ч) кровопотерю.

— На основании каких симптомов можно заподозрить ЖКК?

— Заподозрить наличие острого ЖКК можно на основании таких характерных клинических симптомов, как общая слабость, головокружение, тахикардия, гипотензия, коллапс, кровавая рвота или рвота «кофейной гущей», дегтеобразный или темно-вишневый стул, кал, имеющий вид вишневого желе или содержащий темную либо алую кровь. Наличие и выраженность этих симптомов зависит от локализации источника кровотечения, объема и скорости кровотечения, а также от адаптационных возможностей организма. Кровопотеря в 60 мл может привести к появлению черного стула. Мелена возникает при кровопотере объемом более 100 мл при пребывании крови в просвете желудочно-кишечного тракта в течение 6-8 ч. При кровопотере объемом более 1000 мл из прямой кишки может выделяться кровь.



П.Д. Фомина

— Какова дальнейшая тактика ведения пациента с подозрением на ЖКК?

— Все больные с подозрением на ЖКК подлежат немедленной госпитализации в хирургический стационар бригадой скорой медицинской помощи. Во время транспортировки больного следует проводить мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, включая внутривенную инфузию солевых и плазмозамещающих растворов.

В случае задержки в сроках госпитализации летальность больных существенно возрастает. Так, при госпитализации пациентов до часа от начала кровотечения смертность составляет около 3%, тогда как в случае госпитализации после 24 ч этот показатель увеличивается до 32% (С.И. Запорожан и соавт., 2010). Следует сказать, что достаточно большое количество диагностических ошибок (от 5,6 до 12%) допускается на догоспитальном этапе врачами скорой помощи и первичного уровня оказания медицинской помощи (поликлиники и амбулатории). Чаще всего ошибки обусловлены наличием сопутствующих заболеваний преимущественно у лиц пожилого возраста. Например, такие симптомы кровопотери, как ощущение слабости, головокружение, сердцебиение, холодный пот у пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией или сахарным диабетом, врач скорой помощи может интерпретировать как нарушение сердечной деятельности либо гипогликемическое состояние и проводить лечебные мероприятия, направленные на устранение именно этих нарушений. Нередки случаи, когда таких пациентов госпитализируют в отделения терапевтического профиля. Это удлиняет сроки госпитализации в хирургический стационар и приводит к соответствующему снижению показателей выживаемости.

— Расскажите о последовательности действий медицинского персонала в случае госпитализации пациента с подозрением на ЖКК.

— По прибытию в лечебное учреждение пациента с подозрением на ЖКК должен немедленно осмотреть хирург. Больные с массивным кровотечением, сопровождающимся нарушением витальных функций, должны сразу госпитализироваться в отделения реанимации минуя приемное отделение.

Стандартным подходом в диагностике ЖКК является опрос пациента с целью определения характеристик стула, однако следует учитывать, что пациенты иногда могут неправильно называть цвет стула. Поэтому при первичном осмотре всех пациентов с подозрением на ЖКК рекомендуется обязательно проводить пальцевое ректальное исследование, что играет важную роль в определении уровня кровотечения.

Ведущим диагностическим методом является ЭГДС, которая должна проводиться у всех пациентов с ЖКК. Следует учитывать, что промывание желудка перед эндоскопическим исследованием у больных с ЖКК нецелесообразно, поскольку

способствует смыванию сгустков крови со дна язвы при спонтанно остановившемся кровотечении и развитию рецидива кровотечения на момент осмотра. Прибегать к промыванию желудка следует только при невозможности верифицировать источник активного кровотечения из-за большого количества крови в желудке.

Проведение ЭГДС под местной анестезией без премедикации сопровождается повышением артериального давления, что может способствовать возобновлению кровотечения у больных с фиксированными сгустками крови или крупных тромбированных сосудов вне язвы. Поэтому за 20-30 мин до манипуляции необходимо провести соответствующую премедикацию.

ЭГДС дает возможность:

- верифицировать источник кровотечения и его локализацию;
- определить стигматы активности кровотечения;
- провести остановку кровотечения с помощью с помощью эндоскопических методов гемостаза;
- при остановившемся кровотечении и наличии стигмат кровотечения (F II A, B) – провести эндоскопическую профилактику его рецидива;
- определить степень надежности гемостаза и спрогнозировать вероятность риска РРК.

При устойчивой гемодинамике следует проводить экстренное эндоскопическое исследование. Эффективность исследования тем выше, чем раньше оно осуществляется (оптимально в течение первого часа после поступления в стационар).

При тяжелых гастродуоденальных кровотечениях и нестабильном состоянии пациента (шок, кома, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсация сердечной деятельности) следует временно воздержаться от проведения эндоскопии и начать консервативную терапию с целью коррекции и стабилизации гемодинамики. Если проводимое лечение не дает должного эффекта и сохраняются клинические признаки продолжающегося кровотечения возможно проведение ЭГДС по жизненным показаниям для верификации источника кровотечения и его остановки. В таком случае ЭГДС следует проводить в условиях отделения интенсивной терапии или даже операционной. Решение о целесообразности и возможности его проведения принимается консилиумом (хирург, анестезиолог, эндоскопист).

Большое значение для выбора последующей хирургической тактики и прогноза РРК имеет определение эндоскопических стигмат кровотечения по Форресту-Никшаеву.

FI. Кровотечение продолжающееся:

FIA – струйное;

FIB – просачивание;

FIx – из-под плотно фиксированного сгустка, не поддающегося удалению (без верификации источника).

FII. Кровотечение остановившееся:

FIIA – тромбированный сосуд (<2 мм, красный, черный, белый);

FIIb – фиксированный сгусток (>2 мм, красный, черный, белый);

FIIc – мелкие тромбированные сосуды (черные точки).

FIII. Отсутствует кровотечение: дефект под фибрином.

Следующим этапом эндоскопического исследования является применение методов местного гемостаза. Могут быть использованы аппликационные методы, тепловая терапия, эндоскопическая инъекционная терапия (ЭИТ) и механический гемостаз, которые имеют свои преимущества и недостатки в зависимости от наличия тех или иных эндоскопических стигмат кровотечения, локализации. На сегодняшний день считается обязательным проведение миниинвазивных эндохирургических вмешательств не только

для остановки активного кровотечения (FIA, FIB), но и с целью профилактики РРК у больных со стигматами кровотечения FIIA и FIIb. Исследование, проведенное на базе Киевского городского центра желудочно-кишечных кровотечений, продемонстрировало, что при сравнительной характеристике разных методов эндоскопического гемостаза наименьший успех был достигнут в случае применения аппликационных методов в группе больных FIA-FIx. В то же время аппликационные методы позволяют получить хорошие результаты в группе пациентов FIIA-FIIc. Таким образом, у пациентов с активным кровотечением аппликационные методы эндоскопического гемостаза (ЭГ) не могут быть рекомендованы к применению.

Остальные методики ЭГ – тепловая терапия, механический гемостаз, а также комбинированная терапия, например ЭИТ и тепловая терапия, ЭИТ и механический гемостаз, сопоставимы по своей эффективности.

В случае продолжающегося кровотечения высокоэффективной является ЭИТ. После остановки кровотечения с помощью ЭИТ необходимо одновременное проведение других эндоскопических методов воздействия (тепловая терапия, механический гемостаз), что снижает риск РРК.

Эффективность механических методов эндоскопического гемостаза (клипирование, лигирование) в случае продолжающегося кровотечения составляет 100% (частота рецидива не превышает 2%), однако их применение ограничено в ряде случаев: «неудобной» локализации язвы (преимущественно в двенадцатиперстную кишку) или плотной структуры язвенного дефекта.

Термические методы (электрокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, радиочастотная коагуляция, тепловой зонд) позволяют достичь гемостаза в 96,6-100% случаев, а частота рецидива составляет 4,3-12% в зависимости от вида стигмат кровотечения. Одним из недостатков термических методов гемостаза является достаточно глубокий некроз тканей, что увеличивает риск РРК.

С целью профилактики РРК и улучшения эффективности эндоскопического гемостаза методом электрокоагуляции при неварикозных поражениях желудочно-кишечного тракта мы впервые использовали разработанный нами способ, принцип действия которого состоит в следующем: сразу же после проведения электрокоагуляции и удаления электрода устанавливается инъектор и проводится инъекция 0,9% раствора NaCl в количестве 100-200 мл под язвенный субстрат (патент Украины № 37051). Было показано, что использование данного метода предотвращает распространение зоны некроза на более глубокие ткани, благодаря чему уменьшается площадь повреждения. Его применение позволило снизить частоту оперативных вмешательств у больных с рецидивирующими кровотечениями до 14%.

К сожалению, при достижении ЭГ существует вероятность повторного кровотечения. Учитывая что риск РРК зависит от эндоскопической картины кровоточащей язвы, выделяют средние минимальные промежутки времени между повторными эндоскопическими исследованиями (эндоскопический мониторинг). Больные со стигматами FIA и FIx относятся к группе с высоким риском РРК после проведения эндоскопического гемостаза, FIB, FIIA, FIIb – средним риском FIIc и FIII – низким риском. Повторные эндоскопические осмотры в этих группах следует проводить через 2-4, 4-6 и 12-24 ч соответственно с обязательной премедикацией. Окончательно достигнутым гемостазом можно считать при отсутствии повторного кровотечения в течение 14 дней.

Благодаря проведению повторных эндоскопических исследований примерно в 18% случаев удается обнаружить РРК до появления его клинических признаков. Однако следует принимать во внимание возможность развития РРК до проведения очередного эндоскопического исследования или же после него.

Поэтому для ранней диагностики РРК нами был разработан, изготовлен и апробирован в условиях эксперимента прибор, в основе работы которого применен принцип двух источников света с разной длиной волны излучения (460 и 630 нм соответственно). За счет разницы относительной оптической плотности жидкости на двух длинах волн происходит изменение величины тока, проходящего через фотодетектор. Определение наличия крови в просвете желудка базируется на свойстве крови по-разному поглощать свет в зависимости от длины его волны. Синий цвет (длина волны 460 нм) поглощается гемоглобином в значительно большей степени, чем красный (длина волны 620 нм). При появлении крови в просвете желудка (в разведении 1:10) и попадании ее на контрольный зонд возникает звуковой сигнал и изменяется цвет индикаторной лампы, что свидетельствует об эпизоде кровотечения. Данный прибор позволяет повысить уровень диагностики РРК. В настоящее время разрабатывается документация для его клинической апробации.

– Какая терапевтическая тактика должна быть применена после проведения эндоскопического гемостаза?

– После проведения экстренной эндоскопии все пациенты в зависимости от общего состояния и устойчивости эндоскопического гемостаза в соответствии с признаками эндоскопических стигмат активности кровотечения, а также с учетом отягчающих факторов прогноза вероятности РРК можно распределить на три группы.

I группа. Пациенты с продолжающимся кровотечением (стигматы FIA, FIB, FIx). Этой категории больных проводят ЭГ, восполнение ОЦК и коррекцию гомеостаза с помощью инфузии растворов и компонентов крови соответственно степени тяжести кровопотери, гемостатическую и противоязвенную терапию, эндоскопический мониторинг с возможным повторным эндоскопическим вмешательством на язвенном дефекте для профилактики возможного РРК. При неэффективном ЭГ следует решать вопрос об экстренной операции на высоте кровотечения. В случае противопоказаний к проведению операции в связи с высоким ее риском (тяжелая сопутствующая патология) необходимо проводить повторный эндоскопический гемостаз и пролонгированный эндоскопический мониторинг на фоне корректирующей терапии. У больных с эффективным ЭГ следует продолжать консервативную терапию.

При выявлении других осложнений язвенной болезни и показаний для операции ее проводят в отсроченном периоде.

II группа. Пациенты со стигматами спонтанно остановленного кровотечения, но с нестабильным гемостазом (FIIA, FIIb, FIIc) имеют риск вероятности развития РРК в 22-25%, поэтому требуют применения эндоскопических методов гемостаза для профилактики РРК и соблюдения лечебной тактики по направлениям, описанным для пациентов I группы.

III группа. Больные со спонтанно остановленным кровотечением (стигматы FIII) и отсутствием признаков кровотечения имеют невысокий риск вероятности развития РРК (3-10%). Поэтому вопрос о необходимости проведения эндоскопических вмешательств для профилактики РРК решается индивидуально с учетом длительности язвенного анамнеза, возраста пациента, наличия сопутствующей

патологии и тяжести кровопотери и других осложнений язвенной болезни. Дальнейшая лечебная тактика решается также индивидуально с учетом морфологических изменений зоны язвенного поражения по данным биопсии. В случае преобладания некробиотических процессов выполняется отсроченная операция, а при преобладании репаративных процессов показано консервативное лечение с последующим наблюдением гастроэнтеролога.

– Какие мероприятия должна включать корректирующая терапия после проведения эндоскопического гемостаза?

– В первую очередь должна проводиться инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на быстрое восстановление объема крови, нормализацию коллоидно-осмотического давления, кислородной емкости крови, а также ее реологических и коагуляционных свойств. Длительность и объем терапии зависят не только от объема кровопотери, но и от интенсивности кровотечения. В случае кровопотери на уровне 10% ОЦК ее восполнение следует проводить с помощью сбалансированных солевых и коллоидных плазмозамещающих растворов. Гемотрансфузию необходимо проводить исключительно при снижении уровня гемоглобина менее 80 г/л и гематокрита ниже 30%.

Важным условием достижения надежного гемостаза является поддержание pH желудочного сока на уровне более 6, что обеспечивает нормальное свертывание крови в зоне язвенного дефекта и предохраняет сформировавшийся сгусток от лизиса. Высокоэффективным назначением внутривенных форм ингибиторов протонной помпы (ИПП). Как правило, ИПП вводят в дозе 80 мг внутривенно болюсно, а затем в виде капельной инфузии со скоростью 8 мг/ч в течение 72 ч. В последующем рекомендуется переход на таблетированные формы препаратов.

– Проведение ЭГДС возможно в первую очередь в городских, областных больницах и специализированных центрах, где имеется необходимое эндоскопическое оборудование и соответствующее кадровое обеспечение. Что делать хирургу ЦРБ, где не всегда есть соответствующие условия?

– Организация специализированной хирургической помощи больным с ЯГДК на первичном хирургическом уровне оказания медицинской помощи проводится в условиях хирургического и реанимационного отделения ЦРБ с выездом (при необходимости) специализированных бригад, включая бригады санитарной авиации. В бригаду входят хирург высшей квалификационной категории или представитель кафедры на уровне доцента, профессора, врач-эндоскопист, владеющий методиками ЭГ, и анестезиолог-реаниматолог. Бригада может на месте провести эндоскопический гемостаз и при необходимости транспортировать пациента на более высокий уровень оказания медицинской помощи (областная больница, специализированный центр) для проведения повторного эндоскопического гемостаза или же хирургического вмешательства.

При необходимости оперативное лечение язвенного кровотечения может быть проведено и на уровне районной больницы, однако лишь в том случае, если риск неблагоприятного исхода хирургического вмешательства является невысоким. Чтобы хирург мог получить объективное представление о риске оперативного вмешательства с учетом соответствующей квалификации и возможности реанимационно-анестезиологического обеспечения, мы разработали так называемую шкалу оценки степени риска операции. В ней определяется количество баллов в зависимости от возраста пациента, стигматов кровотечения, предполагаемой

Продолжение на стр. 10.

Современная тактика ведения пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами

Продолжение. Начало на стр. 8.

Таблица. Шкала расчета риска оперативного лечения ЯГДК

Баллы	Возраст (лет)	Баллы	Стигматы кровотечения	Баллы	Срочность операции	Баллы	Методы операции	Баллы	Тяжесть кровопотери
4	>90	4	FIA-FIx	4	Экстренная В случае продолжающегося кровотечения	4	Резекционные	4	Геморрагический шок
3	75-89	3	FIIA-FIIB	3	Экстренная при раннем рецидиве кровотечения	3	Органосохраняющие	3	Тяжелая
2	60-74	2	FII C	2	Ранняя отсроченная	2	Органоошадящие	2	Средняя
1	20-59	1	FIII	1	Поздняя отсроченная	1	Паллиативные	1	Умеренная

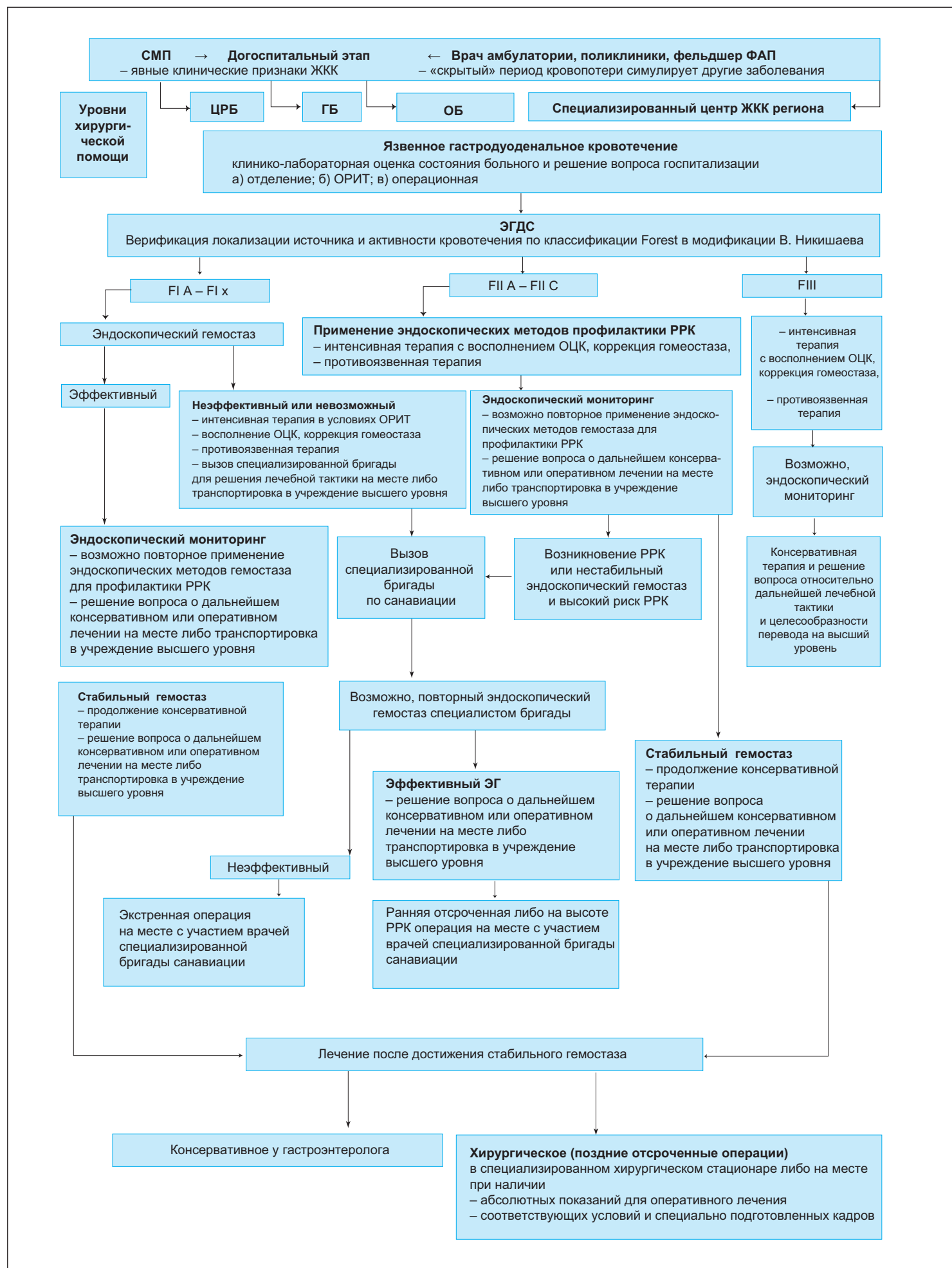


Рис. Алгоритм диагностически-лечебной тактики при ЯГДК

срочности проведения операции, типа операции, степени тяжести кровопотери (табл.).

В соответствии с количеством суммы баллов выделяют четыре степени тяжести и риска оперативных вмешательств:

- I степень — 4-7 баллов;
- II степень — 7-12 баллов;
- III степень — 13-18 баллов;
- IV степень — 19-20 баллов.

Определение степени риска оперативно-го вмешательства особенно важно для хирургов на уровне ЦРБ, поскольку позволяет оценить возможность проведения операции с учетом кадрового и материально-технического обеспечения лечебного учреждения или же принять своевременное решение о необходимости привлечения операционной бригады из лечебного учреждения высшего уровня в случае невозможности транспортировки больного.

Если при уровне риска I-II степени хирург ЦРБ может провести оперативное вмешательство самостоятельно (сообщив об этом предварительно главному хирургу области и получив его согласие), то в случае III-IV степени риска оперативного вмешательства необходимо без промедления вызывать операционную бригаду из лечебного учреждения высшего уровня или же решать вопрос о транспортировке пациента.

В целом алгоритм ведения пациентов с ЯГДК на разных уровнях медицинской помощи можно представить в виде схемы (рис.).

— **Какие виды оперативных вмешательств могут применяться при язвенном кровотечении?**

— За срочностью выполнения операции оперативные вмешательства разделяют на:

- экстренные на высоте продолжающегося кровотечения, а ЭГ был не эффективным или был высокий риск РРК в первые часы;
- экстренные на высоте РРК и неэффективности мер ЭГ;
- ранние отсроченные (через 2-4 сут) при высоком риске вероятности РРК и наличии других осложнений язвенной болезни;
- поздние отсроченные (приближенные к плановым) при стабильном гемостазе и наличии показаний для хирургической коррекции осложненной язвенной болезни.

В зависимости от характера оперативных вмешательств можно разделить на следующие три группы:

- органосохраняющие (различные виды ваготомии с различными способами локальных вмешательств на кровоточивой язве);
- органосохраняющие (антрузэктомия с ваготомией, типичные или атипичные сегментарные или секторальные резекции желудка, различные виды изолированных дуоденопластик);
- резекционные (гастрэктомия или резекция желудка различного объема и с различными видами желудочно-кишечных анастомозов).

Выбор метода операции является индивидуальным. Он зависит от клинической ситуации, степени операционного риска и личного опыта хирурга. Объем операции, выполняемой на высоте продолжающегося кровотечения, следует ограничить иссечением язвы желудка или прошиванием кровоточащего сосуда, выведением ее за пределы просвета при дуоденальной локализации с пилоро- и дуоденопластикой.

В отсроченном периоде среди органосохраняющих операций предпочтение следует отдавать иссечению язвы с различными видами дуоденопластики и тем или иным видом ваготомии. Пилоросохраняющие и пилорускорректирующие операции являются более физиологичными. Применять их можно в случае

осложненной дуоденальной язвы при различной ее локализации. При нарушении функции пилорического жома, вовлечение его в язвенный инфильтрат или при рубцовом перерождении рациональным методом является использование арефлюксных пилоруссохраняющих и пилорускорректирующих вмешательств.

При язве желудка у больных с крайне высокой степенью операционного риска как исключение может быть выполнена гастротомия и ушивание язвенного дефекта с кровоточащим сосудом. Резекционные методы лечения при кровоточащей язве желудка применяются при соответствующих показаниях в большинстве случаев в раннем и позднем отсроченном периоде. Они позволяют добиться устойчивого гемостаза и уменьшить количество послеоперационных осложнений, в том числе летальности.

— **Отличается ли в настоящее время структура выполняемых операций на разных уровнях оказания медицинской помощи?**

— Действительно, структура проводимых операций на разных уровнях оказания медицинской помощи существенно отличается. Если в областных больницах и специализированных центрах предпочтение отдают органосохраняющим и органосохраняющим оперативным вмешательствам, то на уровне ЦРБ — резекционным оперативным вмешательствам. Например, среди оперативных вмешательств, проводимых при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки на уровне ЦРБ, частота применения резекционных методов составляет 50-60%. В то же время в условиях Киевского городского центра желудочно-кишечных кровотечений за последние 10 лет резекционные методы лечения при дуоденальной локализации кровоточащей язвы были применены только у 6,2% оперированных пациентов.

— **Какие осложнения могут возникать в послеоперационном периоде?**

— Все послеоперационные осложнения можно разделить на прямые и общие. Прямые послеоперационные осложнения непосредственно связаны с техническими особенностями выполнения оперативного вмешательства. К ним относятся послеоперационный панкреатит, парез кишечника, постваготомический гастростаз, анастомозит, рефлюкс-гастрит, демпинг-синдром, пептическая язва анастомоза, несостоятельность швов зоны вмешательства, спаечная острая кишечная непроходимость. Учитывая что после органосохраняющих операций с ваготомией часто развиваются моторно-эвакуаторные расстройства оперированного желудка, в послеоперационном периоде таким пациентам необходимо назначать препараты из группы прокинетики.

Такие общие осложнения, как острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, в большей степени связаны с общим состоянием пациента, обусловленным кровопотерей и наличием сопутствующей патологии.

— **Кто занимается ведением пациентов, перенесших ЯГДК, после выписки их из стационара?**

— Немаловажным фактором достижения хороших результатов лечения больных с ЯГДК является слаженная работа хирургов и гастроэнтерологов. Поэтому после выписки из стационара пациенты должны находиться на диспансерном наблюдении у врача-гастроэнтеролога. К сожалению, эффективность диспансеризации в нашей стране продолжает оставаться крайне низкой. Мы полагаем, что в связи с реформированием отечественной системы здравоохранения этому разделу будет уделено должное внимание

Подготовил **Вячеслав Килимчук**



Сердечно поздравляем

главного специалиста МЗ Украины
по специальности «хирургия»,
заведующего кафедрой факультетской
хирургии №1 Национального
медицинского университета
им. А.А.Богомольца, академика
НАМН Украины, доктора
медицинских наук,
профессора
Петра Дмитриевича
Фомина

**Глубокоуважаемый
Петр Дмитриевич!**

От всей души
поздравляем Вас с присвоением

научного звания академика

НАМН Украины

по специальности «хирургия».

Искренне желаем Вам
крепкого здоровья, благополучия,
творческого вдохновения,
научных достижений и дальнейших
профессиональных успехов.

Коллектив и многочисленная читательская аудитория
«Медицинской газеты «Здоров'я України»

Передплата на 2012 рік!

Здоров'я України

ТОВ «Здоров'я України»
03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 1,
тел/факс 0 (44) 391-54-76
ЄДРПОУ 25276619, р/р 26001060209962 у філії
Київське відділення «Приватбанк», Розрахунковий Центр м. Києва,
МФО 320649, ІПН 252766126594,
свідоцтво платника податку № 39086545
Є платником податку на прибуток на загальних підставах

Рахунок № 5 П-12/12
від «___» _____ 2012р.

№	Назва видання	Кількість комплектів	Ціна без ПДВ (грн.)		Сума до сплати без ПДВ
			I півріччя 2012 року (січень- червень)	2012 рік (січень- грудень)	
1.	«Медицина газета «Здоров'я України XXI сторіччя»	1	300,00 (12 номерів)	600,00 (24 номери)	
2.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
3.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
4.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
5.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
6.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
7.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
8.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
9.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
10.	«Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
11.	Журнал «Природна медицина / Medical Nature»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
12.	Журнал «Серцева недостатність»	1	—	150,00 (3 номери)	
Разом без ПДВ:					
ПДВ:				0,00	
Всього з ПДВ:					

(Пільга згідно з пп. 5.1.2. Закону України «Про податок на додану вартість»)

Всього на суму: _____ грн. _____ коп.

Без ПДВ

Генеральний директор

Головний бухгалтер

Л.В. Жданова

Т.Є. Пашенко

ПРИМІТКА. Передплатник заповнює рахунок до сплати згідно з обраними виданнями та передплатним періодом.

Своєчасна доставка видань здійснюється за умови отримання редакцією заповненої картки — доручення.

Заповніть картку-доручення та надішліть її на адресу редакції у зручний для Вас спосіб:

- факсом — 0 (44) 391-54-76
- поштою — ТОВ «Здоров'я України», м. Київ, 03151, вул. Народного ополчення, 1.
- електронною поштою — podpiska@health-ua.com

КАРТКА-ДОРУЧЕННЯ

Назва організації												
П.І.Б. та посада передплатника												
Поштова адреса												
Тел. () Факс E-mail код міста)												
Зазначте період передплати на 2012 рік та кількість примірників на місяць												
Видання	Місяць передплати											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гепатологія, хіміотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»												
Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»												
Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»												
Журнал «Природна медицина / Medical Nature»												
Журнал «Серцева недостатність»												