На правах рукописи

ШМЕЛЕВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕЖРАЙОННОГО ЦЕНТРА**

**14.01.17 – хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

Волгоград – 2013

 Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России.

 Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор Федоров Владимир Эдуардович

 Официальные оппоненты:

 Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и урологии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

 Полянцев Александр Александрович

 Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. разумовского» Минздрава России, Заслуженный врач РФ Шапкин Юрий Григорьевич

Ведущая организация:ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

 Защита состоится « 29 » марта 2013г. в « 10 » часов на заседании диссертационного совета Д 208.008.03 при ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России по адресу: 400131 г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

 С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России. (400131,г.Волгоград, пл.Павших Борцов,1)

Автореферат разослан « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2013г.

Ученый секретарь диссертационного совета доктор медицинских наук, профессор Людмила Дмитриевна Вейсгейм

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность проблемы.** Проблема гастродуоденальных кровотечений занимает одно из ведущих мест в неотложной медицине. 80 - 90% ГДК составляют кровотечения из верхних отделов ЖКТ (Иншаков JI.H., 1996; Сотников В. Н., Дубинская Т. К., 2000; Машкин А.М. и соавт., 2011).

Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии-реаниматологии и клинической эндоскопии летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой, и не имеет тенденции к уменьшению (Кондратенко П.Г., 1990; Айсаханов С.К., 1994; Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., 2004). По данным ряда авторов, ее уровень в настоящее время составляет 5-10%, а при рецидиве возрастает до 30-40% (Петров В.П., Ерюхин И.А., 1987; Братусь В.Д., 1991; Тимен Л.Я. и соавт., 2001; Панцырев Ю.М. и соавт., 2003; Чернеховская Н.Е., 2004).

При этом отмечается рост числа больных пожилого и старческого возраста, госпитализированных через 24 часа от начала кровотечения. Смертность при желудочно-кишечных кровотечениях у больных в возрасте до 60 лет составляет 0,8%, тогда как у лиц старше 80 лет она достигает 65% (Emenike Е. et al., 1999; Laine L., 2001).

Своевременная и точная диагностика желудочно-кишечных кровотечений является важнейшим моментом, определяющим не только лечебную тактику, но и результаты лечения. С внедрением в клиническую практику эндоскопических исследований стало возможным не только эффективно выявлять источник кровотечения, но и активно воздействовать на него. Современная эндоскопия обладает широким набором способов эндоскопического гемостаза (ЭГ), различных по своей физической природе, эффективности, доступности, безопасности, стоимости (Баранчук В.Н., 1992; Балалыкин А.С. и соавт., 2000; Сотников В.Н. и соавт., 2000; Короткевич А.Г., 2004; Курыгин А.А., 2004; Савельев B.C., 2008; Amaro R. et al., 1998; Chong Y.Y., 1998).

В зависимости от источника кровотечения, его интенсивности, оснащенности эндоскопического кабинета, опыта эндоскописта выбирают тот или иной способ местного гемостаза (Войташевская Н.В., Федоров А.Г., 2005).

При технической возможности применения различных методов гемостаза, по литературным данным, у разных авторов существуют предпочтения в применении того или иного способа эндоскопического гемостаза.

По мнению Н.А. Яицкого и соавт. (2002), М.П. Королева и соавт. (2008), K. Thomopoulos et al. (2005), наиболее надежным и безопасным способом эндоскопического гемостаза является эндоскопическое клипирование. Ряд авторов (Ridker P.M. et al., 2005; Moukarbel G.V. et al., 2009; Kafadar T. et al. 2009) считали наиболее эффективной комбинацию клипирования с инъекционными методиками. Среди физических методик эндоскопического гемостаза большое количество авторов (Добряков В.В. и соавт., 2006; Машкин А.М. и соавт., 2007; Тимербулатов В.М. и соавт., 2010) отмечали высокую эффективность аргоно-плазменной коагуляции.

Как считали Ю.М. Панцирев и соавт. (2010), А.А. Щеголев и соавт. (2010), И.Г. Репин и соавт. (2010), эти способы позволяют осуществить не только временный, но и окончательный местный гемостаз, а также провести мероприятия, препятствующие возобновлению кровотечения, что дает возможность избежать экстренной операции или при необходимости выполнять хирургическую операцию в более благоприятных условиях.

Высокотехнологичные методики — клипирование, лигирование, аргоно-плазменная коагуляция достаточно дорогостоящи, трудоемки и требуют высокой квалификации эндоскописта. Возникает проблема: с одной стороны мы обязаны оказать помощь всем больным, с другой стороны – в большинстве ЦРБ применение высокотехнологичных, современных эндоскопических манипуляций нерентабельно и проблематично из-за небольшого потока таких пациентов. Совместить эти два условия успешного лечения ГДК можно приблизив высокотехнологичные эндоскопические методы к «периферии» путем создания хирургических межрайцентров.

Следует отметить, что в районах, отдаленных от областного центра больше тяжелых больных. По данным годовых отчетов Министерства здравоохранения Саратовской области в период с 2006 по 2011 год в стационары различных уровней поступило 5892 больных с ГДК. Из них 3687 (62,6%) больных с ГДК поступило в ЦРБ и МРЦ. Приблизив к ним эндоскопический гемостаз мы повышаем эффективность лечения и снижаем риск осложнений и летальность.

**Цель исследования.** Целью данной работы является улучшение качества лечения больных с ГДК за счет повышения эффективности эндоскопического гемостаза в хирургическом межрайонном центре.

**Задачи:**

1. Изучить заболеваемость, причины возникновения ГДК, используя опыт работы МРЦ г. Балаково в период с1999года по 2011год.
2. Дать характеристику эндоскопическим признакам различных источников ГДК и эффективности эндоскопического гемостаза, используя опыт работы МРЦ.
3. Провести ретроспективную оценку результатов хирургического лечения путем сравнения результатов лечения 2-х групп больных (с активной хирургической тактикой и индивидуально-прогнозируемой тактикой).
4. Разработать алгоритмы диагностики и лечения больных с ГДК различной этиологии с учетом использования активной эндоскопической тактики и с учетом изменений системы свертывания крови.

**Научная новизна:**

1. Обосновано применение эндоскопических методик окончательного гемостаза у больных с ГДК. Впервые обоснован эндоскопический гемостаз при язвенном кровотечении Forrest 1a как окончательный
2. Разработаны алгоритмы лечения при различных источниках ГДК с учетом применения наиболее эффективных методик эндоскопического гемостаза
3. Выявлены 3 вида реакции системы свертывания крови (гипокоагуляция, нормокоагуляция, гиперкоагуляция) в зависимости от вида и степени тяжести ГДК

**Практическая значимость:**

1. Дифференцированное применение различных методик эндоскопического гемостаза (инъекционный гемостаз, клипирование, лигирование) в зависимости от вида и тяжести ГДК
2. Снижение оперативной активности при ГДК за счет широкого применения временного и окончательного эндоскопического гемостаза
3. Активное внедрение и развитие методик эндоскопического гемостаза именно в хирургических отделениях с максимальной концентрацией больных с ГДК (МРЦ).

**Положения, выносимые на защиту**

1. В хирургических отделениях с максимальной концентрацией больных с ГДК наиболее эффективным способом сведения к минимуму числа экстренных хирургических операций является активное использование различных методик эндоскопического гемостаза.
2. Дифференцированный подход при выборе методик эндоскопического гемостаза позволяет даже при профузном кровотечении (F1a) добиться окончательного гемостаза в 60% случаев.
3. Для снижения количества осложнений и летальности при выборе алгоритма лечения больных ГДК в условиях МРЦ определяющим должно быть использование эндоскопического гемостаза с учетом состояния системы свертывания крови.

 **Внедрение результатов исследования в практику:**  Результаты исследования внедрены в практику работы хирургических отделений Городской больницы №1 г. Балаково, а также положения и выводы диссертационной работы используются в практике хирургических отделений ЦРБ Вольского, Хвалынского, Пугачевского, Ивантеевского, Перелюбского районов Саратовской области.

**Апробация работы:** Основные положения диссертационной работы доложены на «IV научно-практической конференции гастроэнтерологов ПФО» (Н.Новгород, 2010); «XIV Московском международном конгрессе по эндоскопической хирургии» (Москва, 2010); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» (Нальчик, 2010); Всероссийском форуме «Пироговская хирургическая неделя» (С.Петербург, 2010); II Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» (с.Петербург, 2011); I Российском конгрессе с международным участием «Неотложная эндоскопия» (Москва, 2012).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 14 печатных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК РФ для опубликования результатов диссертационного исследования.

**Объем и структура работы.** Диссертация написана на 136 страницах текста. Состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 291 источник, из них 159 отечественных и 132 иностранных. Работа иллюстрирована 21 таблицей и 18 рисунками.

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материалы и методы исследования**

Работа представляет собой ретроспективный анализ лечения 1018 больных с гастродуоденальным кровотечением различного генеза, находившихся в МБУЗ «Городская больница №1» г. Балаково в период с 1999 года по 2011 год. Возраст пациентов составил от 1 до 94 лет. Из общего числа пациентов женщин было 298 (29,3%), мужчин – 720 (70,7%). Все пациенты поступили по экстренным показаниям с клиникой гастродуоденального кровотечения. В зависимости от применяемой в различные годы тактики лечения, все пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями распределены на две однородные по полу и возрасту группы. Первую группу (основную) составили 503 пациента с гастродуоденальным кровотечением, поступившие в больницу с 2005 по 2011годы. Во 2-ю группу (группу сравнения) вошли 515 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 1999 по 2004 год.

Распределение пациентов в зависимости от локализации источника гастродуоденального кровотечения представлено в таблице 1. Представленные данные убедительно показывают, что более чем у половины больных, поступивших с клиникой гастродуоденального кровотечения источником кровотечения явилась язва ДПК (51,1% - 52,0%). Второе место по частоте встречаемости среди источников гастродуоденального кровотечения занимает язва желудка (19,2% - 20,2%). Доля язвы желудка, как источника ГДК в основной группе увеличилась на 1% по сравнению с группой сравнения. Синдром Меллори-Вейсса, как источник ГДК, сопоставим по встречаемости с язвой желудка, составляет от 20,1% в основной группе до 21,0% в группе сравнения.

**Таблица 1 - Распределение больных по группам в зависимости от основного заболевания, явившегося причиной кровотечения и пола**

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевания, явившиеся причиной ГДК | Группы больных |
| основная (n=503) | сравнения (n=515) |
| мужчины | женщины | мужчины | женщины |
| абс. кол-во | % | абс. кол-во | % | абс. кол-во | % | абс. кол-во | % |
| язва ДПК | 184 | 36,6 | 73 | 14,5 | 203 | 39,4 | 65 | 12,6 |
| язва желудка | 81 | 16,1 | 21 | 4,1 | 75 | 14,5 | 24 | 4,7 |
| с-м М.В. | 77 | 15,3 | 24 | 4,8 | 86 | 16,7 | 22 | 4,3 |
| ВРВП | 23 | 4,6 | 11 | 2,2 | 18 | 3,5 | 12 | 2,3 |
| другие | 5 | 1,0 | 4 | 0,8 | 6 | 1,2 | 4 | 0,8 |
| Всего | 370 | 73,6 | 133 | 26,4 | 388 | 75,3 | 127 | 24,7 |

Для осуществления гемостаза у больных с установленным источником гастродуоденального кровотечения техническое оснащение больницы позволяло использовать следующие методики эндоскопического гемостаза: инъекционный гемостаз; электрокоагуляция; клипирование источника кровотечения; лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. Наряду с изолированным использованием представленных методик, нами широко использовалось различное их сочетание.

Применение эндоскопических методик гемостаза невозможно без необходимого набора приборов и инструментов. Для выполнения диагностической и оперативной эзофагогастродуоденоскопии в нашем распоряжении находились фиброгастроскопы «Olympus» GIF-30, «Olympus» GIF-40, «Olympus» GIF-Е. Данные приборы имеют торцевую оптику и снабжены инструментальным каналом диаметром 2,8 мм. Для выполнения инъекционного гемостаза применялся инжектор «Olympus» MAJ-67. Для электрокоагуляционного воздействия на источник кровотечения применяли электрохирургический блок «Olympus» UES-10 c монополярным электродом, имеющим шаровидною рабочую часть. Клипирование источника кровотечения выполняли с помощью клип-аппликатора «Оlympus» НХ-5LR-1. Для выполнения эндоскопического лигирования используется лигатор «Olympus» НХ-20L-1, петли лигирующие нейлоновые «Olympus» MAJ-339.

Статистический анализ выполнялся с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. (USA, 2001) параметрическим методом. Различия между показателями, характеризующими исследуемые группы наблюдений, принимали достоверными при 0,95 уровне вероятности безошибочного суждения ( p ≤ 0,05).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Из представленного обзора литературы выяснилось, что в хирургии существует огромное количество тактических установок по ведению больных с ГДК. Все они основаны на материале клиник, имеющих не только научные разработки и существенный опыт по ведению пациентов с ГДК. В подавляющем большинстве таких клиник имеется школа опытных хирургов и эндоскопистов, адаптированное к данным условиям обеспечение для выполнения различных видов гемостаза. Остается неясным, где же концентрируется основная масса больных с ГДК: в крупных клиниках или на «периферии».

Для установления мест концентрации больных с ГДК были проанализированы данные по госпитализации лиц с ГДК в ЦРБ, МРЦ и клиники города Саратова с 2006 по 2011 годы (рис. 1).

**Рисунок 1** - **Количество больных с ГДК, поступивших в различные стационары Саратовской области**

Из представленного рисунка видно, что большинство больных с ГДК поступают в районные больницы, отдаленные от университетских клиник и Областной клинической больницы. Тяжесть состояния таких «областных» больных не позволяет своевременно доставлять их в специализированные центры. До сих пор причинами нетранспортабельности такого рода пациентов являются даже некоторые социальные и природные факторы.

В период с 1999 года по 2011 год в Городскую больницу №1 г. Балаково поступило 726 больных, у которых источником кровотечения была гастродуоденальная язва. Для выработки тактики ведения этих больных решено сравнить 2 группы. Согласно классификации J. Forrest (1974) больные с язвенным ГДК распределены в зависимости от интенсивности кровотечения и степени гемостаза (табл. 2).

**Таблица 2 - Распределение больных с язвенным ГДК по классификации J. Forrest (1974) по группам**

|  |  |
| --- | --- |
| Степень интенсивности кровотечения по J.Forrest | Группы больных |
| основная (n = 359) | сравнения (n = 367) |
| абс. кол-во | % | абс. кол-во | % |
| Forrest Ia | 15 | 4,2 | 11 | 3,0 |
| Forrest Ib | 74 | 20,6 | 83 | 22,6 |
| Forrest IIa | 53 | 14,8 | 55 | 15,0 |
| Forrest IIb | 112 | 31,2 | 99 | 27,0 |
| Forrest IIc | 21 | 5,8 | 33 | 9,0 |
| Forrest III | 84 | 23,4 | 86 | 23,4 |
| Всего | 359 | 100,0 | 367 | 100,0 |

Наиболее тяжелой в плане эндоскопической диагностики и применения методик эндоскопического гемостаза является группа больных с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением Forrest Ia. Методики эндоскопического гемостаза, применявшиеся у данной категории больных, а также количество оперированных больных и послеоперационная летальность представлены в таблице 3.

 **Таблица 3 - Методы гемостаза у больных с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением Forrest Ia в двух группах**

|  |  |
| --- | --- |
| Методы гемостаза | Группы больных |
| основная (n=15) | сравнения (n=11) |
| абс. кол-во | % | абс. кол-во | % |
| клипированиеэлектрокоагуляцияинъекционный методхирургическая операция | 14046 (1)\* | 93,3\*\*026,740,0 (6,7) | 4199 (0) | 36,49,181,881,8(0) |

**Примечания.** \* в скобках количество умерших и п\о летальность; \*\* сумма процентов использования методик эндоско пического гемостаза больше 100% , т.к. применялась комбинация методик.

Из представленных данных следует, что применение эндоскопического гемостаза у больных с язвенным кровотечением Forrest 1а оправдано и позволяет достигнуть окончательного гемостаза у 60% больных.

Интенсивность кровотечения у большинства больных с продолжающимся язвенным кровотечением соответствовала Ib степени по классификации Forrest. В основной группе было 74 (20,6%) таких больных, а в группе сравнения у 83 (22,6%) больных при поступлении в стационар обнаружена гастродуоденальная язва, осложненная кровотечением Forrest Ib (табл. 4).

**Таблица 4 - Методы гемостаза у больных с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением Forrest Ib по группам**

|  |  |
| --- | --- |
| Методы гемостаза | Группы больных |
| основная (n = 74) | сравнения (n = 83) |
| абс.кол-во | % | абс. кол-во | % |
| клипированиеэлектрокоагуляцияинъекционный методхирургическая операция | 1817422 (2)\* | 24,31,4100\*\*29,7 (2,7)\* | 288347 (10)\* | 2,49,6100\*\*56,6 (12,0)\* |

**Примечания.**  \* в скобках количество умерших и п\о летальность; \*\* сумма процентов использования методик эндоскопического гемостаза больше 100% , т.к. применялась комбинация методик.

 Широкое применение эндоскопического гемостаза и внедрение индивидуально-прогнозируемой тактики лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением позволило значительно снизить количество оперированных больных с кровотечением Forrest Ib за анализируемый период.

 Наиболее многочисленная группа среди больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением представлена пациентами с сотоявшимся кровотечением и неустойчивым гемостазом Forrest II (табл.5). В основной группе больных с целью профилактики рецидива кровотечения было проведено 243 сеанса инъекционного эндоскопического воздействия (раствор адреналина). Обкалывание проводилось во время динамической фиброгастроскопии. Выполнялось до 3 сеансов обкалывания язвы у больных с гемостазом IIa по Forrest, а также по одному сеансу обкалывания язвы у больных с гемостазом Forrest IIb.

**Таблица 5 - Методики эндоскопического воздействия у больных двух групп с состоявшимся язвенным ГДК и гемостазом F II**

|  |  |
| --- | --- |
| Методы гемостаза | Группы больных |
| основная (n = 186)  | сравнения (n = 187) |
| абс. кол-во | % | абс. кол-во | % |
| клипированиеэлектрокоагуляцияинъекционная методикахирургическое лечение | 3224372(0)\* | 1,61,1130,6\*\*38,7(0) | -1273118(2)\* | -6,439,263,4(1,7) |

**Примечания.**  \* в скобках количество умерших и п\о летальность; \*\* сумма процентов использования методик эндоскопического воздействия больше 100% , т.к. части больных инъекционная методика использовалась до 3 раз.

Применение эндоскопического воздействия у больных с состоявшимся язвенным ГДК и гемостазом Forrest II с целью профилактики рецидива кровотечения позволяет избежать экстренных хирургических операций и исключить послеоперационную летальность.

 Разработан алгоритм лечебной тактики при язвенных ГДК, который предусматривает широкое применение методик эндоскопического гемостаза в условиях ЦРБ (рис. 2).

**Геморрагический шок**

**Стабильная гемодинамика**

**Больной с гастродуоденальным кровотечением**

**Противошоковая терапия в условиях реанимации, постановка назогастрального зонда**

**Назогастральный зонд**

**ФГДС**

**Гастродуоденальная язва, осложненная кровотечением**

**Forrest 3**

**Forrest 2**

**Fоrrest 1**

**F 2C**

**F 2B**

**F 2А**

**F 1B**

**F 1A**

**Консер-вативное лечение**

**Клипиро-вание язвы**

**Консер-вативное лечение**

**Консервативное лечение**

**Инфильт-рационный гемостаз**

**Клипиро-ваниеязвы**

**Гемостаз достигнут**

**Гемостаз не достигнут**

**Рецидив кровотечения**

**Консервативное**

**лечение**

**Срочная операция**

**Рисунок 2 - Алгоритм лечебной тактики при язвенном ГДК**

В период с 1999 года по 2011год в ГБ №1 г. Балаково поступило 209 больных с кровотечением при синдроме Меллори-Вейсса. 101(48,3%) больной был в основной группе и 108 (51,7%) в группе сравнения.

Продолжающееся кровотечение в основной группе диагностировано у 16 (15,8%) пациентов, а в группе сравнения – у 17 (15,7%). Во всех случаях продолжающегося кровотечении и в большинстве случаев состоявшегося кровотечения выполнялся инъекционный гемостаз(табл. 6).

**Таблица 6 - Количество больных в двух группах, которым применены методики эндоскопического гемостаза и оперативное лечение**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы больных | Группы больных |
| основная (n=101) | сравнения (n= 108) |
| абс.кол-во | % | абс.кол-во | % |
| инъекционный гемостаз | 73 | 72,3\* | 58 | 53,7\* |
| клипирование | 3 | 3,0 | - | - |
| оперативное лечение | 1 | 1,0 | 2 | 1,9 |
| консервативное лечение | 28 | 27,7 | 50 | 46,3 |

**Примечание.** \*сумма процентов в таблице больше 100, так как использовалось сочетание эндоскопических методик, а при неэффективности их больные оперированы в экстренном порядке.

 Из представленной таблицы видно, что у больных с синдромом Меллори-Вейсса в подавляющем большинстве случаев возможно осуществление гемостаза, а также профилактика рецидива кровотечения с помощью эндоскопических методик. Наиболее приемлем у таких больных инъекционный гемостаз. В отдельных случаях при хорошей визуализации дефекта возможно выполнение эндоскопического клипирования. Учитывая полученные результаты лечения данных больных рекомендуем следующий алгоритм лечения (рис. 3).

**Больной с гастродуоденальным кровотечением**

**Стабильная гемодинамика**

**Геморрагический шок**

**Противошоковая терапия в условиях реанимации, постановка назогастрального зонда**

**Назогастральный зонд**

**ФГДС**

**Синдром Меллори-Вейсса**

**Состоявшееся кровотечение**

**Продолжающееся кровотечение**

**Консервативноелечение**

**Рецидив кровотечения**

**Инфильтрационный эндоскопический гемостаз Возможно клипирование дефекта слизистой**

**Рецидив кровотечения**

**Гемостаз не достигнут**

**Гемостаз достигнут**

**Повторный эндоскопический гемостаз**

**Срочная операция**

**Консервативное лечение**

**Рисунок 3 - Алгоритм лечебной тактики в случае кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса**

Эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 128 больным. С продолжающимся или состоявшимся кровотечением из ВРВП поступило 64 больных, из которых 58 (90,6%) пациентам выполнено эндоскопическое лигирование ВРВП. 70 (54,7%) больным эндоскопическое лигирование выполнялось с целью первичной профилактики кровотечения из ВРВП. Рецидив кровотечения через 5 месяцев после лигирования возник только у 1 (2,0%) больного с декомпенсированным циррозом класса С, а в течении второго года после лигирования у 2 (4,1%) больных с циррозом класса С, что привело к летальному исходу у данных больных. Эндоскопическое лигирование ВРВП у большинства (94,8%) больных предотвращает рецидив кровотечения. Поэтому считаем целесообразным применение следующего алгоритма лечения больных с кровотечением из ВРВП (рис. 5).

**Больной с гастродуоденальным кровотечением**

**Стабильная гемодинамика**

**Геморрагический шок**

**Противошоковая терапия в условиях реанимации, постановка назогастрального зонда**

**Назогастральный зонд**

**ФГДС**

**Варикозное расширение вен пищевода**

**Состоявшееся кровотечение**

**Продолжающееся кровотечение**

**Постановка зонда Блекмора (4 – 6 часов)**

**Инфузионная терапия Восполнение кровопотери**

**Эндоскопическое лигирование**

**Рисунок 5 -** **Алгоритм лечебной тактики у больных с кровотечением из ВРВП**

Осуществление гемостаза заключается не только в местной остановке кровотечения, но и за счет изменений в системе свертывания крови. Анализ коагулограммы, выполненный при поступлениив ГБ №1 у 636 (87,6%) больных с язвенным ГДК показал, что уровень фибриногена был выше нормы у 482 (75,8%) данных больных (табл. 7). АЧТВ ниже нормальных показателей у 429 (67,4%) больных. **Таблица 7 - Зависимость уровня фибриногена крови от наличия сопутствующих заболеваний у больных с язвенным ГДК (n = 137)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сопутствующие заболевания | Уровень фибриногена | Итого |
| <2 (n = 29) | 2-4 (n = 33) | >4 (n = 75) | 137 |
| заболевания бронхов | 1(6,25 +4,5%) \*р<0,05 | 3 (18,75+6,8%) | 12 (75,0+5,0%) \*\*p>0,5 | 16 |
| ишемическая болезнь сердца | 7 (29,15+2,5%) \*р>0,5 | 7 (29,15+4,4%) | 10 (41,7+5,6%) \*\*p>0,5 | 24 |
| гипертоническая болезнь | 5 (9,8+3,8%) \*р>0,5 | 10 (19,6+5,0%) | 36 (70,6+7,1%) \*\*p>0,5 | 51 |
| сахарный диабет | 2 (18,2+3,1%) \*р>0,5 | 6 (54,52,17+%) | 3 (27,3+5,9%) \*\*p>0,5 | 11 |
| цирроз печени, гепатит | 11 (78,6+0,2%) \*р>0,5 | 3 (21,4+5,7%) | - \*р<0,05 | 14 |
| хронический пиелонефрит | 2 (15,4+5,18%) \*р>0,5 | 2 (15,4+4,0%) | 9 (69,2+5,6%) \*\*p>0,5 | 13 |
| другие заболевания | 1 (12,5+4,6%) \*р>0,5 | 2 (25,0+5,2%) | 5 (62,5+4,3%) \*\*p>0,5 | 8 |
| Всего | 29 (21,2+4,2%) \*р>0,5 | 33 (24,1+3,8%) | 75 (54,7+1,7%) \*\*p>0,5 | 137 (100%) |

**Примечания.** \*p - достоверность различий между группами с нормальным и пониженным уровнем фибриногена; \*\*p -достоверность различий между группами с нормальным и повышенным уровнем фибриногена.

В группе больных с синдромом Меллори-Вейсса уровень фибриногена определялся у 174 больных. Выше нормы уровень фибриногена был у 113 (64,9%) больных. АЧТВ определено у 102 (58,2%) больных. Ниже нормы данный показатель был у 87 (85,3%) больных.

Представленные данные свидетельствуют об активации внутреннего звена гемостаза и, следовательно, о гиперкоагуляции у больных с неварикозным ГДК. В условиях гиперкоагуляции назначение гемостатической терапии таким пациентам приводит к тромбэмболичесим осложнениям.

Уровень фибриногена определен у 52 больныхс кровотечением из ВРВП (табл. 8).

**Таблица 8 - Зависимость уровня фибриногена крови от класса цирроза печени у больных с кровотечением из ВРВП по классификации Чайлда - Туркотта в модификации Паг ( n = 52)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Степень тяжести цирроза печени | Уровень фибриногена | Всего |
| <2 (n = 29) | 2-4 (n = 18) | >4(n = 5) |  52 |
| класс А | 0 | 1 (33,3+27,2 %) | 2 (66,7+ 27,2%) \*р>0,5 |  3 |
| класс В | 16 (47,1+ 6,8%) \*р>0,5 | 15 (44,1+ 8,51%) | 3 (8,8+ 4,9%) \*\*р<0,05 |  34 |
| класс C | 13 (86,7+ 8,8%) \*р<0,05 | 2 (13,3+ 8,8%) | 0 |  15 |
| Итого | 29 (55,8+6,9%) \*р<0,05 | 18 (34,6+6,6%) | 5(9,6+4,1%) \*р<0,05 | 52 (100%) |

**Примечания.** \*p - достоверность различий между группами с нормальным и пониженным уровнем фибриногена; \*\*p -достоверность различий между группами с нормальным и повышенным уровнем фибриногена.

Показатели фибриногена были ниже нормы у 29(55,8%), а выше нормы лишь у 5 (9,6%) больных. Уровень фибриногена крови в пределах нормы оказался у больных с компенсированным циррозом печени класса А. У половины больных с субкомпенсированным циррозом класса В по Чайлду уровень фибриногена был ниже нормы. У всех больных с декомпенсированным циррозом класса С уровень фибриногена был ниже показателей нормы. Определение АЧТВ у больных с кровотечением портального генеза показало, что у 34 (65,4%) больных данный показатель выше нормы. АЧТВ ниже нормы не отмечено ни у одного больного. Это связано с тем, что для больных с кровотечениями при портальной гипертензии характерны глубокие нарушения функций печени. Анализ коагулограммы у данной группы больных свидетельствует о необходимости назначения медикаментозной гемостатической терапии при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

**ВЫВОДЫ**

1. Применение эндоскопического гемостаза в отделениях с максимальной концентрацией больных с ГДК позволяет снизить оперативную активность при язвенных кровотечениях с 75% до 11,4%.
2. Дифференцированный подход позволяет индивидуализировать лечение больных с ГДК и использовать наиболее эффективные методики эндоскопического гемостаза:

при язвенном кровотечении - клипирование, что явилось эффективным у 60% больных с кровотечением Forrest Ia;

при синдроме Меллори-Вейсса – инъекционный гемостаз, который приводит к остановке кровотечения в 98,1% случаев;

для профилактики рецидива варикозного кровотечения – эндоскопическое лигирование позволяет избежать рецидива кровотечения в 90,6% случаев.

1. Набольший эффект эндоскопического гемостаза достигается при учете состояния системы свертывания крови: при неварикозном кровотечении у 73,5% больных наблюдается гиперкоагуляция. У 55,8% больных с варикозным кровотечением имеется гипокоагуляция и только у 9,8% этих больных – гиперкоагуляция. Это необходимо учитывать при назначении гемостатической и заместительной терапии, которая является важным условием снижения числа осложнений и летальности.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В условиях ЦРБ, при поступлении больного с ГДК, необходимо широко использовать методики эндоскопического гемостаза для уменьшения количества экстренных хирургических операций.
2. При различных источниках кровотечения необходимо учитывать эффективность применения тех или иных методик эндоскопического гемостаза: при язвенных ГДК следует использовать эндоскопическое клипирование; при синдроме Меллори–Вейсса целесообразно применять инфильтрационный гемостаз; для профилактики кровотечения из ВРВП рекомендуем эндоскопическое лигирование.
3. Попытка выполнения эндоскопического гемостаза должна осуществляться у всех больных с неварикозным ГДК, не исключая больных с кровотечением Forrest Ia. При неэффективном эндоскопическом гемостазе необходимо экстренное хирургическое пособие в минимальном объеме.
4. В интенсивной терапии ГДК инфузионная терапия должна проводиться с учетом состояния системы свертывания крови.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Шмелев С.Н. Федоров В.Э. Шевцов В.И. Иванникова Тактика лечения больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из ВРВП в Городской больнице №1. / Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвыщенной 40-летию отделения нейрохирургии. Балаково; 2009; С. 198.
2. **Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Сергеев И.В., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями. / Медицинский альманах. Н.Новгород №1, 2010 С. 116**
3. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Сергеев И.В., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Опыт эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальным кровотечением в условиях хирургического межрайцентра. / Материалы XIV московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М; 2010.
4. Федоров В.Э Шмелев С.Н. Шевцов В.И. Современные методы эндоскопического лечения гастродуоденальных кровотечений. / Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» Нальчик; 2010; С185.
5. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Сергеев И.В., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Эндоскопические методы гемостаза у больных с гастродуоденальным кровотечением в условиях хирургического межрайцентра. / Материалы Всеросийского форума «Пироговская хирургическая неделя» С.Петербург; 2010; С 234
6. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Сергеев И.В., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Тактика лечения больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из ВРВП. / Материалы Всеросийского форума «Пироговская хирургическая неделя» С.Петербург; 2010; С 235
7. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Сергеев И.В., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Тактика лечения больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из ВРВП в Городской больнице №1 г.Балаково Саратовской области. / Материалы II Всероссийской паучно-практической конференции «Актуальнык вопросы эндоскопии» С.Петербург; 2011; С142
8. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Возможности современной эндоскопии при лечении кровотечений из варикозных вен пищевода. / Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием «Новые технологии в экспериментальной и клинической хирургии» Саратов; 2011; С 137
9. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Современные эндоскопические технологии в лечении гастродуоденальных кровотечений. / Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием «Новые технологии в экспериментальной и клинической хирургии» Саратов; 2011; С 139
10. **Шмелев С.Н., Федоров В.Э. Алгоритм хирургической деятельности в сельских районах. / Медицинский альманах. Н.Новгород №2, 2012; С. 127**
11. **Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Гоголадзе М.М. Опыт пилоросохраняющих резекций желудка у больных с язвенной болезнью. / Медицинский альманах. Н.Новгород №2 2012; С 142**
12. Шмелев С.Н., Шевцов В.И. Опыт оперативного лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением в условиях хирургического межрайонного центра. / Материалы юбилейной научно-практической конференции «Актуальные вопросы практической нейрохирургии и неврологии» Балаково; 2012; С 290
13. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Шевцов В.И., Иванникова С.Э., Бобрышева Э.А. Опыт эндоскопического лигирования ВРВП у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением в условиях хирургического межрайонного центра. / Материалы юбилейной научно-практической конференции «Актуальные вопросы практической нейрохирургии и неврологии» Балаково; 2012; С 295
14. Шмелев С.Н., Федоров В.Э., Шевцов В.И., Иванникова С.Э. Опыт эндоскопического лигирования ВРВП у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением в условиях хирургического межрайонного центра. / Материалы I Российского конгресса с международным участием «Неотложная эндоскопия» Москва; 2012; С 30.