

140. НЕ ПРЕУВЕЛИЧИВАЕМ ЛИ МЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ?

Корымасов Е.А., Никифоров О.В.
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. К сожалению, современные противоязвенные препараты не уменьшили частоту язвенного гастродуоденального кровотечения. При этом оперативная активность снизилась с 40,8% до 13,8%. В лечении данной категории больных хирург ставит перед врачом-эндоскопистом три задачи: 1) установить источник кровотечения, 2) определить устойчивость гемостаза, 3) осуществить эндоскопический гемостаз.

Цель. Ответить на вопрос – не преувеличиваем ли мы возможности эндоскопического гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении?

Материал и методы. При оценке характера кровотечения хирург требует от врача-эндоскописта ответить на вопрос: продолжается кровотечение или нет. При этом и тот, и другой ориентируются на классификацию язвенного кровотечения по J.Forrest (1987). Подтекание венозной или артериальной крови во время эндоскопии отмечается примерно в 1% исследований. В подавляющем большинстве случаев эндоскопист сталкивается с остановившимся кровотечением. Поэтому трудно предсказать его судьбу. Кроме того, понятие «устойчивый» и «неустойчивый»

гемостаз является, по нашему мнению, не эндоскопическим, а клиничко-эндоскопическим.

Результаты и обсуждение. Лечебные возможности эндоскопии расценивают по-разному: от 100% положительных результатов до полной ее неприемлемости. Говорить об эффективности гемостаза можно в том случае, когда он достигнут врачом-эндоскопистом в результате лечебных манипуляций. При профузном кровотечении применение медикаментозных препаратов практически невозможно, так как их необходимо наносить на предварительно подготовленную поверхность. У подавляющего большинства пациентов при язвенном кровотечении эндоскопист не останавливает артериальное кровотечение, а воздействует тем или иным способом на саму язву с остановившимся кровотечением, препятствуя рецидиву. Этим и обусловлен большой процент «успешной» остановки кровотечения, фактически – это противорецидивная терапия. Всё это снижает бдительность хирургов, таких больных продолжают лечить консервативно, а внезапный рецидив застаёт хирургов врасплох. Пациентов приходится оперировать на высоте повторных волн кровотечения, а результаты таких операций ухудшаются в геометрической прогрессии.

Говоря о той или иной степени эффективности эндоскопического гемостаза, подразумевается большая или меньшая продолжительность периода с момента гемостаза до возникновения повторной геморрагии при наличии субстрата рецидива кровотечения. Проведенный эндоскопический гемостаз лишь задерживает возникновение рецидива кровотечения в среднем на 24-48 часов. Эндоскопическая остановка заранее обречена на неудачу при струйном кровотечении из артериального сосуда крупного калибра (Forrest-1A), язве более 2 см с локализацией на задней стенке двенадцатиперстной кишки и на малой кривизне желудка, пенетрирующей язве, рецидиве кровотечения после эндоскопической остановки.

Замалчивать успехи современных эндоскопических технологий нельзя. При поступлении пациентов с кровоточащей язвой следует обязательно стремиться к применению эндоскопических методик остановки. Они призваны подготовить пациента к срочной операции в более выгодных условиях. Однако как только стабилизируется гемодинамика, есть опасность, что кровотечение возобновится.

Поэтому хирурги не должны обольщаться их высокой эффективностью. Причем в своих обольщениях обвинять эндоскописта некорректно. Это хирургические больные, и фигура хирурга в лечении их должна быть центральной. Иначе получается парадокс: развитие эндоскопических технологий тормозит внедрение активной индивидуализированной хирургической тактики и склоняет чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики, когда мы фактически ждем рецидива кровотечения, чтобы прооперировать больного.

Заключение. Поэтому эндоскопический гемостаз – это однозначно временная мера.

141. ПРОБЛЕМА НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.

Костюченко Л.Н.

Центральный НИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия.

Тактика нутритивной коррекции в послеоперационном периоде при операциях на поджелудочной железе, как и показания к хирургическому лечению хронического панкреатита (целесообразность, объём, выбор метода операции по Фрэнчу, Vege и др., а также оптимальное время оперирования) остаются предметом дискуссий.

Цель исследования и методы. Оценивая доступные клиничко-anamnestические данные, данные определения ранних клиничко-биохимических и инструментальных маркёров, выявляем: а) состояние поджелудочной железы (уровень морфо-функциональной сохранности), б) риск прогрессирования патологии, в) риск панкреонекроза, г) состояние иммунного статуса пациента, д) состояние параметров межучного энергообмена. Это в большинстве случаев позволяет уточнить показания к выбору тех или иных схем нутритивной коррекции, способных подготовить больного к операции или обеспечить в этом плане рациональное ведение интра- и послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов парентерально-энтеральной коррекции, полученных при консультировании больных в раннем послеоперационном периоде после субтотальной резекции или дистальной резекции поджелудочной железы, позволяет заключить о целесообразности применения комбинированной алиментационной коррекции с использованием парентерально вводимых препаратов аминокислот и трансфузионных сред, а непосредственно через зонд, заведенный в тонкую кишку, - смесей направленного действия (диазон и аналоги), пищеварительных ферментов (которые по принципу субстратного регулирования подавляют выработку активных панкреатических энзимов). Последние назначались для усиления эффекта базовой постоперационной терапии с использованием соматостатина. Выбор энергообеспечивающих препаратов определялся в каждом конкретном случае (баланс между SIRS-блокирующими жировыми эмульсиями и препаратами глюкозы под тщательно рассчитанным инсулиновым прикрытием определялся характером оперативного вмешательства и исходным состоянием поджелудочной железы, о чём будет представлено в докладе).

Таким образом, расширение возможностей хирургического лечения хронического панкреатита поставило стратегическую задачу - выработать критерии (ранние маркёры возможной панкреатической интоксикации), позволяющие определять тактику нутритивной коррекции метаболизма, что главным образом и определяет эффективность оперативного лечения и сохранение жизни пациенту после него.

142. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ТАКТИКА НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ НИХ

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Сильвестрова С.Ю., Ручкина И.Н.