

мелкими конкрементами главного панкреатического протока (у всех пациентов отмечался выраженный хронический панкреатит), у 15 (17,24%) пациентов имел место билиарно-панкреатический рефлюкс, диагностированный на ЭРХПГ (у всех также отмечался выраженный хронический панкреатит), у 3 (3,45%) — имело место сочетание этих морфологических процессов, у 59 (67,82%) — отмечалась гиперплазия и деформация БДС на фоне клиники хронического панкреатита. Безусловно, проводить рассечение вирсунгова протока — достаточно рискованное вмешательство — оправданно только на фоне клинических проявлений хронического панкреатита. У пациентов с диагностированным билиарно-панкреатическим рефлюксом первым этапом проводилась типичная эндоскопическая папиллосфинктеротомия без проведения вирсунготомии, так как для ликвидации рефлюкса достаточно разобщения устьев общего желчного и главного панкреатического протоков и лишь при неэффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии проводилось дополнительно рассечение устья вирсунгова протока. Под неэффективностью папиллосфинктеротомии понимали отсутствие клинического улучшения в течение 3-х месяцев. Полная элиминация клинических симптомов хронического панкреатита достигнута у 33 (37,93%) пациентов, причем для этого потребовался период от 3-х недель до полугода, у 35 (40,22%) пациентов регистрировалось частичное облегчение течения хронического панкреатита, у 19 (21,83%) — какого-либо облегчения состоя-

ния пациентов не отмечено. Объективно динамику состояния поджелудочной железы оценивали преимущественно с помощью ультразвукового лоцирования последней, при этом обращали внимание на диаметр вирсунгова протока, эхоплотность поджелудочной железы, присутствие патологических очагов. Необходимо отметить, что если обоснование показаний к рассечению устья вирсунгова протока проводилось рентгенконтрастными методами, то оценивать динамику возможного регресса заболевания рациональнее сонографически ввиду неинвазивности данного вмешательства. Клинический рецидив заболевания отмечался в период от 1 года до 2 лет у 8 (9,19%) пациентов. Острый панкреатит как осложнение вирсунготомии отмечен у 2 (2,29%) пациентов. В обоих случаях панкреатит был купирован консервативно. У 19 (21,83%) пациентов обнаружена значительная гиперамилаземия, не сопровождавшаяся при этом какими-либо клиническими проявлениями. Необходимо отметить, что в первые сутки послеоперационного периода важно максимально купировать желудочную секрецию, являющуюся стимулирующим фактором для экзокринной функции поджелудочной железы.

Таким образом, рассечение устья главного панкреатического протока является оправданным и эффективным в плане профилактики и лечения хронического панкреатита вмешательством, которое целесообразно проводить торцевым папиллотомом по установленному в главном панкреатическом протоке эндопротезу.

ENDOSCOPIC PANCREATICSPHINCTEROTOMY TECHNIQUE AND INDICATION.

V.V.Yurchenko

(Municipal Clinical Hospital № 6, Krasnoyarsk-city)

The author studied clinical effectiveness of endoscopic pancreaticsphincterotomy as a part of endoscopic sphincterotomy. Specific technique of this intervention was demonstrated. Contraindication for endoscopic pancreaticsphincterotomy has been defined. The author evaluated X-ray and ultrasound substantiation of diagnosis, and the conclusion about possibility of using the pancreaticsphincterotomy as a part of endoscopic sphincterotomy has been made.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 152 с.
2. Евтихова Е.Ю., Смирнов Ю.К., Золотухин В.В., Гарасько Б.А., и др. Использование малоинвазивных технологий в лечении хронического панкреатита // Матер. 5-го междунар. конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2001. — С.97.
3. Лобаков А.И., Савов А.М., Сачечелашвили Г.Л., Денисов В.А. Эндоскопическая вирсунготомия в лечении осложнений хронического панкреатита // Анн. хирургической гепатол. — 2003. — Т. 8, № 2. — С.207.
4. Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Фрейнд Г.Г., Дьяченко М.И. Патоморфологические изменения устья главного протока поджелудочной железы при рубцовых стриктурах большого дуоденального сосочка // Анн. хирургической гепатол. — 2003. — Т. 8, № 2. — С.219.
5. Сандаков П.Я., Дьяченко М.И., Самарцев В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение стенозов устья главного панкреатического протока // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — Т. 8, № 2. — С.220.
6. Сандаков П.Я., Самарцев В.А., Зубарева Н.А., Дьяченко М.И. Комплексное эндохирургическое лечение хронического панкреатита при холедохолитиазе // Анн. хирургической гепатол. — 2003. — Т. 8, № 2. — С.220.
7. Cotton P.B., Williams C.B. Endoscopic Retrograd Cholangio-pancreatography. — Humberg: Wilson-Cook medical INC, 1998. — 183 с.

© ФИЛИППОВ О.С., БОРТНИКОВА М.В. —

КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ГЕСТОЗЕ С ПОМОЩЬЮ ФОНОВО-РЕЗОНАНСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

О.С. Филиппов, М.В. Бортникова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П.Артюхов; кафедра акушерства и гинекологии, зав. — проф. О.С.Филиппов)

Резюме. При оценке лечения у беременных (от 24 до 36 недель) гестозов легкой и средней степени тяжести таких показателей гомеостаза, как параметры коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, концентрация инсулина и кортизола, состояние фетоплацентарного комплекса получены данные о положительном, патогенетически фоновом-резонансном воздействии на имеющиеся изменения в организме. Использование курса лечения с включением рефлексопунктурного фоновом-резонансного воздействия улучшает неблагоприятные изменения центральной гемодинамики и гемостаза при гестозах беременности, улучшает органный кровоток матки, уменьшает гиперергическую стрессорную реакцию, способствует нормализации адаптационных реакций.

Ключевые слова. Гестоз, фоновом-резонансная терапия.

Сложность патогенетических механизмов развития гестоза беременных определяет необходимость дифференцированной терапии при данном осложнении беременности [7]. Ведущими звеньями патогенеза гестоза являются генерализованная вазоконстрикция, гиповолемия, нарушение реологических и коагуляционных свойств крови матери и плода, что сопровождается снижением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, уменьшением перфузии жизненно важных органов (почки, печень, головной мозг), патологическим повышением коагуляционных свойств крови [6,7,8]. Многокомпонентность назначаемой терапии обуславливает повышение лекарственной «нагрузки» на беременную, что является небезразличным для матери и плода. Данные обстоятельства диктуют необходимость разработки новых немедикаментозных методов терапии гестозов беременности.

Наше внимание привлекли сведения о возможности использования с лечебной целью фоново-резонансной терапии электромагнитными волнами миллиметрового диапазона, применяя методику рефлексопунктурного воздействия [1,3,5]. Данная методика, может сочетать положительный эффект физического фактора и возможность влияния на патологически измененные органы и системы. Воздействие носит не энергетический, а информационный характер и реализуется через внутренние системы приема и передачи информации. Широкий клинический эффект воздействия электромагнитного излучения миллиметрового диапазона объясняется комплексной реакцией организма и, прежде всего, на клеточном уровне.

Целью исследования явилась разработка нового эффективного способа лечения гестозов легкой и средней степени тяжести с использованием фоново-резонансной терапии и оценка его эффективности.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 120 женщин с беременностью, осложненной гестозом, в сроке от 24 до 36 недель. Степень тяжести гестоза определялась по классификации И.С.Сидоровой. Возраст пациенток колебался от 20 до 36 лет, составляя в среднем $24 \pm 4,5$ лет. Основную группу составили 70 женщин, которые разделились на две подгруппы: первую составили беременные с гестозом легкой степени тяжести (50 пациенток), во вторую — с гестозом средней степени тяжести (20). Беременные основной группы получали курс фоново-резонансной терапии на фоне приема трентала и магнезии. Фоново-резонансное воздействие оказывали на биологически активные точки F_4 , E_5 с использованием автономного аппликатора-излучателя от аппарата КВЧ-терапии «Стелла-1» (производитель ИЧП «Спинор», г.Томск, номер Госреестра 95/311-198), способного генерировать электромагнитный рецепт исходного препарата, в качестве которого использовали гепарин (Патент на изобретение № 2003112889 (013586) от 30.04.2003). Выбор гепарина обусловлен положительным влиянием последнего на систему гемостаза при гестозах [4]. Аппликатор-излучатель помещали с помощью лейкопластыря на биологически активные точки на 24 часа до следующей процедуры. Курс лечения составил 10 сеансов. Длительность воздействия определена путем наблюдения за эффективностью лечения больных. При уменьшении длительности воздействия не было достигнуто стойкого лечебного эффекта, при увеличении — лечебная эффективность не повышалась.

Контрольную группу составили 50 (30 с гестозом легкой и 20 — средней степени тяжести) пациенток, лечение которых проводилось медикаментозным способом по общепринятым схемам.

Лабораторное обследование пациенток, помимо общеклинических методов (общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови), включало исследование системы гемостаза с изучением следующих па-

раметров: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) в модификации З.С.Баркагана; время рекальцификации (ABP); протромбиновый индекс (ПТИ) по Quick; тромбоиновое время (ТВ) по Biggs; агрегация тромбоцитов с АДФ с гравиметрической регистрацией; антитромбин III по Abildgaard et al, в модификации Бишевского; фибриноген гравиметрически, тромбоиновое время.

Ультразвуковое исследование и доплерометрию осуществляли при помощи приборов сложного сканирования: аппарата «Алока»-1700 (Япония) и «SIM» 5000plus (Италия), имеющих доплеровский блок и датчики частотой 3,5 и 5 МГц. Допплерографическое исследование кровотока проводили в артерии пуповины плода и в дуговых маточных артериях. Для оценки кривых скоростей кровотока использовали качественные показатели: систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ). Полученные результаты при ультразвуковой фетометрии сравнивали с типичными величинами для имеющегося гестационного срока. Ультразвуковая плацентография включала в себя определение локализации плаценты, оценку структурных изменений, измерение толщины и степени зрелости плаценты, в соответствии с классификацией P.Granum [7].

Кардиотокографию выполняли с помощью прибора с автоматическим анализом данных «Oxford» с использованием наружных датчиков.

Для оценки состояния центральной гемодинамики у беременных с гестозом изучались следующие показатели: систолическое и диастолическое артериальное давление (Адс. и Адд); частота пульса; ударный объем сердца (УОС), с последующим расчетом среднего динамического артериального давления (САД) и минутного объема сердца (МОС) [2].

Концентрацию гормонов в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «Immunotest» - кортизола, фирмы DSL — инсулина; по соотношению концентрации гормонов оценивали уровень стресса у беременной.

Тип адаптационной реакции оценивали по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и его соотношению с уровнем сегментоядерных нейтрофилов (по методу Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной, М.А.Уколовой).

Все исследования у беременных выполнялись до начала лечения и через 10 дней после окончания терапии.

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с вычислением критерия Стьюдента и непараметрического критерия χ^2 . Различия оценивали как достоверные при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Возраст беременных основной и контрольной групп составил в среднем $23,9 \pm 4,3$ и $24,2 \pm 4,8$ года ($p > 0,05$) соответственно. При анализе особенностей анамнеза, наличия экстрагенитальной патологии и особенностей репродуктивной функции у пациенток обеих групп достоверных различий обнаружено не было, что свидетельствует об их сопоставимости.

Включение в курс лечения фоново-резонансной терапии позволило улучшить показатели центральной гемодинамики, характеризующие функциональное состояние системы кровообращения: УОС в основной группе после лечения достоверно ниже чем в контрольной группе ($78,5 \pm 2,5$ мл к $84,2 \pm 2,7$ мл, $p < 0,05$); систолическое АД в основной группе снизилось с $143,4 \pm 2,4$ до $124,5 \pm 2,2$ мм рт.ст. (в контрольной группе — $138,1 \pm 2,5$ до $131,2 \pm 1,3$ мм рт.ст.) $p < 0,05$; диастолическое — с $91,3 \pm 2,6$ до $78,5 \pm 2,7$ мм рт.ст. (в контроле — с $92,1 \pm 2,1$ до $84,3 \pm 1,5$ мм рт.ст.) $p < 0,05$. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что применение фоново-резонансной терапии позволило привести цифры АД к физиологическому уровню и уменьшить нагрузку на сердечно-сосудистую систему.

При исследовании системы гемостаза у беременных с гестозом, до лечения отмечалось повышение тромби-

нового потенциала крови — состояние реальной или потенциальной гиперкоагуляции, проявляющееся уменьшением времени свертывания крови, укорочением АЧТВ и АВР, повышением ПТИ. У беременных с гестозом наблюдались гиперфибриногенемия, высокая активация сосудистого компонента, угнетение фибринолиза. На фоне применения фоново-резонансной терапии отмечено снижение активности факторов свертывания крови (табл. 1). После проведения курса тера-

пии в основной группе в 88,6% (62) случаев по сравнению с контрольной — в 60% (30) случаев ($p < 0,05$).

При анализе уровня гормонов (инсулин, кортизол), принимающих участие в процессе формирования адаптационного синдрома и позволяющих оценить уровень стрессированности организма, обнаружено повышение содержания кортизола у беременных в контрольной группе в 1,9 раза по сравнению с таковым в группе беременных основной группы (табл. 3). Высокие концен-

Динамика показателей системы гемостаза при включении курса фоново-резонансного воздействия в комплекс лечения гестозов беременности

Показатели	Средние величины показателей в группах ($M \pm m$)			
	Контрольная (n=50)		Основная (n=70)	
	До лечения	После	До лечения	После
АЧТВ, сек.	26,06 $\pm$ 0,7	33,12 $\pm$ 0,65*	33,43 $\pm$ 0,61	40,57 $\pm$ 0,54**
АВР, сек.	55,19 $\pm$ 1,06	61,62 $\pm$ 1,41*	58,07 $\pm$ 1,32	66,51 $\pm$ 1,12**
ПТИ, %	105,36 $\pm$ 1,75	101,43 $\pm$ 1,37*	105,05 $\pm$ 1,62	98,38 $\pm$ 1,74*
Фибриноген, г/л	5,49 $\pm$ 0,17	4,75 $\pm$ 0,52*	5,66 $\pm$ 0,11	4,22 $\pm$ 0,12*
Степень агрегации тромбоцитов, %	55,33 $\pm$ 1,37	51,39 $\pm$ 1,21*	55,88 $\pm$ 1,89	49,02 $\pm$ 1,47*
Антитромбин III, %	95,01 $\pm$ 2,41	99,94 $\pm$ 2,18	98,44 $\pm$ 2,47	100,52 $\pm$ 2,52*
ТВ, сек.	13,87 $\pm$ 0,094	14,12 $\pm$ 0,096*	13,92 $\pm$ 0,047	14,39 $\pm$ 0,096***

Примечание. Здесь и в таблицах 2,3: степень достоверности разности сравниваемых величин в исследуемых группах * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

пии у беременных обеих групп достоверно снизилось количество основного субстрата свертывания крови — фибриногена, причем в основной группе это снижение произошло в 81,4% (57) случаев против 64% (32) в контрольной ($p < 0,05$). Общепринятая медикаментозная

терапия не оказывала значительного влияния на активность прокоагулянтного звена системы гемостаза. При проведении курса лечения с использованием фоново-резонансной терапии отмечены антикоагулянтные и фибринолитические свойства последней. Подтверждением этому служит динамика тромбинового времени у беременных основной группы ($p < 0,001$), характеризующая конечные этапы тромбообразования.

Полученные данные при исследовании кровотока в артериях маточной и пуповины после курса фоново-резонансной терапии показали, что у беременных основной группы наблюдалось улучшение кровотока в маточной артерии в 78,6% (55) случаев против 62% (31) в контрольной ($p < 0,05$), из них с нормализацией в 61,4% (43) против 44% (22); в артерии пуповины улучшение кровотока происходило в 72,9% (51) случаев против 48% (24) в контрольной ($p < 0,05$) (табл. 2).

Дородовая кардиотокография (КТГ) является стандартным методом оценки состояния плода. По результатам КТГ исследования было установлено улучшение состояния плода после проведения курса фоново-резонансной терапии, проявляющееся нормализацией частоты базального ритма, возрастанием амплитуды мгновенных осцилляций, частоты и высоты акцелераций. Положительные изменения регистрировались после проведения курса те-

рапии в основной группе в 88,6% (62) случаев по сравнению с контрольной — в 60% (30) случаев ($p < 0,05$), что свидетельствует о меньшей выраженности гиперергической стрессорной реакции.

При сравнении типов адаптации в исследуемых группах отмечено, что в контрольной группе удельный вес реакций стресса и напряжения после лечения обыч-

Таблица 1

трации глюкокортикоидов могут вызвать неблагоприятные реакции в организме. Они сказываются на всех видах обмена веществ, способствуют развитию тромбоэмболических осложнений. Показатели кортизол/инсулинового индекса в группе женщин пролеченных с использованием фоново-резонансной терапии были достоверно ниже по сравнению с таковыми контрольной группы (23,1 $\pm$ 3,2 и 56,6 $\pm$ 2,5 соответственно;

Динамика показателей маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у женщин с гестозом беременности при включении в комплекс лечения курса фоново-резонансного воздействия

Показатели	Средние величины показателей в группах ($M \pm m$)			
	Контрольная (n=50)		Основная (n=70)	
	До лечения	После	До лечения	После
СДО в артерии пуповины	3,52 $\pm$ 0,062	2,81 $\pm$ 0,020**	3,886 $\pm$ 0,421	2,21 $\pm$ 0,024**
ИР в артерии пуповины	0,911 $\pm$ 0,042	0,722 $\pm$ 0,041*	0,87 $\pm$ 0,046	0,648 $\pm$ 0,021**
СДО в маточной артерии	3,017 $\pm$ 0,082	2,201 $\pm$ 0,52*	2,946 $\pm$ 0,063	1,901 $\pm$ 0,015***
ИР в маточной артерии	0,830 $\pm$ 0,042	0,541 $\pm$ 0,034	0,678 $\pm$ 0,061	0,510 $\pm$ 0,033*

рым медикаментозным методом составил 34% (17), против 21,4% (15) в основной группе ($p < 0,05$). Удельный вес реакций тренировки и активации превалировал в основной группе. Приведенные данные показывают, что применение фоново-резонансной терапии способствует снижению уровня стрессированности организма.

При анализе течения и исходов беременности у женщин с гестозом, при включении в комплекс лечения фоново-резонансной терапии выявлено, что гипоксия

Таблица 3

Динамика показателей гормонального статуса у женщин с гестозом беременности при включении в комплекс лечения курса фоново-резонансного воздействия

Показатель	Средние величины показателей в группах ($M \pm m$)	
	Основная (n=70)	Контрольная (n=50)
Инсулин, мкЕД/мл	14,4 $\pm$ 3,5	12,2 $\pm$ 2,0
Кортизол, нмоль/л	321,2 $\pm$ 0,15*	634,2 $\pm$ 0,2*
Индекс кортизол/инсулин	23,1 $\pm$ 3,2*	56,6 $\pm$ 2,5*

плода отмечена в 7,1% (5) случаев в основной группе против 36% (18) в контрольной; задержка внутриутробного развития плода наблюдалась в 2,9% (2) случаев в основной группе против 16% (8) — в контрольной, ($p < 0,05$). Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в основной группе снизилась на 5%, при этом показатель планового оперативного родоразрешения в основной группе составил 82,9%, (58) против 60% (30) — в контроле ($p < 0,05$).

Таким образом, клинический эффект предлагаемого способа рефлексопунктурного фоново-резонансного воздействия при лечении гестозов легкой и средней степени тяжести свидетельствует о положительном влиянии

данного преформированного фактора на функциональное состояние системы гемостаза, способствует предупреждению сдвигов показателей гемодинамики, нормализует показатели маточно-плацентарного кровотока и адаптационного синдрома у беременных. Учитывая отсутствие вредного влияния на плод и организм беременной, использование опосредованного фоново-резонансного воздействия в лечении гестозов следует считать клинически и патогенетически обоснованным. Данный метод лечения позволяет скорректировать нарушения в системе мать-плацента-плод, что способствует лучшему течению беременности и исходу родов.

ASSESSMENT OF THE BACKGROUND-RESONANCE THERAPY FOR TREATMENT OF HESTOSIS

O.S. Philippov, M.V. Bortnikova
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

There has been worked out the new effective method of treatment of slight and middle hestosis using the background-resonance therapy and to value its effectiveness.

Subjects: 120 patients with slight and middle hestosis at 24-36-week gestation.

Methods: Hemostasiologic (determination of parameters of coagulative and thrombocyte-vascular hemostasis), hormonal (determination of insulin and cortisole concentration, functional (ultrasound study and coloured Doppler mapping).

The employment of the therapy course using the electromagnetic rays of millimetre range reduces the hyperergic stress reaction, improves the uterus blood flow, contributes to the normalization of the adaptation reaction, improves the favourable changings of the central hemodynamics and hemostasis in hestosis of pregnancy. We got the information about the positive, pathogenetic valid influence by the background-resonance therapy on the changing in organism of a pregnant woman in hestosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуков Б.Н., Лысов Н.А. Миллиметровые волны в медицине и биологии: Тез. докладов. — М., 1997. — С.120-122.
2. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. — Петрозаводск, 1997. — С.90-102.
3. Катин А. Миллиметровые волны в медицине и биологии: Тез. докладов. — М., 1997. — С.84-86.
4. Макацария А.Д. Низкомолекулярный гепарин и тромб
5. бофилические состояния в акушерстве. — М., 2002.
5. Паршина С.С. Влияние электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на функциональное состояние системы гемостаза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 1994.
6. Серов В.Н., Пасман Н.М. Гестоз — болезнь адаптации. — Новосибирск: РИПЭЛ плюс, 2001.
7. Сидорова И.С. Гестоз. — М., 2003.
8. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. — Петрозаводск, 2003.

© ПИНСКИЙ С.Б., АГЕЕНКО В.А., КЕЛЬЧЕВСКАЯ Е.А., АНТОНОВ В.Н., СНЕГИРЕВ И.И. —

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

С.Б.Пинский, В.А.Агеенко, Е.А.Кельчевская, В.Н.Антонов, И.И.Снегирев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов; кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б.Пинский, МУЗ городская больница № 1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А.Павлюк)

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 810 больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями и причин летальных исходов у 27 (3,3%) за последние 5 лет. Оперированы 202 больных, из них умерли 22 (10,9%). При консервативном лечении у 608 больных летальный исход наступил у 5 (0,8%). Установлено, что наряду с основными причинами, определяющими летальность при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях (тяжелая кровопотеря и рецидив кровотечения), существенную роль в танатогенезе играет целый ряд прогностически неблагоприятных факторов, которые необходимо учитывать при выборе лечебной тактики. В клинике разработан способ прогнозирования рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв.

Ключевые слова. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, летальные исходы, причины, факторы риска.

В течение последних десятилетий произошли значительные изменения в проблеме диагностики и лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений. Совершенствование эндоскопических методов диагностики и гемостаза, анестезиологического пособия и хирургической тактики, использование новых средств и направлений в противоязвенной терапии не привели к значительному снижению летальности при кровотечении из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Общая летальность, по данным ведущих клиник нашей страны за последние годы, составляет 4,9-9,3%, послеоперационная — 8,6-13,4%, достигая при тяжелой кровопотере и при рецидиве кровотечения — 25-40% и более [1,2,4,5].

Данные о послеоперационной летальности в многочисленных работах, посвященных язвенным кровотечениям, весьма различны и не всегда сопоставимы, так как этот показатель зависит от большого количества факторов, в том числе от оперативной активности, процентного соотношения плановых и неотложных операций, от объема хирургического вмешательства (соотношения радикальных и паллиативных операций) и др.

Большое количество больных с язвенными кровотечениями с тенденцией к росту, сохранение высокой послеоперационной летальности, несмотря на значительные достижения в проблеме диагностики и лечения этой категории больных, небольшое количество работ, посвященных подробному анализу причин не-