

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

УДК 616.342-002: 616.33-05: 616-08-035

Проанализированы результаты лечения 827 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучены возможности различных методик эндоскопической остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК). Наименее эффективным методом гемостаза оказалась диатермокоагуляция – в 59%. При орошении источника кровотечения гемостаз достигнут в 88,7%, при использовании комбинированных методик – 94,1%. Применение методов орошения целесообразно при диффузном кровотечении из язвы (Forrest I B), а при струйном кровотечении (Forrest I A) предпочтительнее использовать комбинированные методы гемостаза. Показано, что метод лечебной эндоскопии существенно не влияет на частоту развития рецидивов кровотечения. Основным элементом консервативного лечения ЯГДК является антисекреторная терапия. Блокаторы протонной помпы по эффективности превосходят H_2 -блокаторы; при их применении частота рецидивов кровотечений составила, соответственно, 5 и 28,9%. Основной путь улучшения результатов лечения – прогнозирование рецидивов кровотечения и выполнение превентивных операций.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, методы гемостаза, прогнозирование рецидивов.

Внедрение в клиническую практику эффективных антисекреторных препаратов привело к резкому сокращению плановых операций по поводу неосложненных язв и язв с осложнениями в анамнезе и увеличению числа больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), повышению доли гастродуоденальных кровотечений в общей структуре осложнений язвенной болезни с 20 до 40–51% и, соответственно, к увеличению частоты экстренных оперативных вмешательств [4, 8, 11, 19].

По данным некоторых авторов поступление больных с ЯГДК возросло в 5 раз, число экстренных операций – в 3 раза [1]. В настоящее время частота ЯГДК составляет 90–103 на 100 000 взрослого населения в год [2].

Летальность при ЯГДК на протяжении ряда лет остается неизменной и составляет 5–14% [11, 12, 20], при продолжающемся кровотечении достигает 19–32% [3, 6, 15], при рецидивном – возрастает до 30–45% [2, 9, 10, 20]. Если учесть высокую частоту рецидивных кровотечений, составляющую 15–25% [16–18], а по некоторым данным, даже 50–70% [5, 7, 9, 13, 14], то становится очевидным, что рецидивные гастродуоденальные кровотечения (РГДК) все в большей степени определяют результаты лечения ЯГДК.

Проанализированы результаты лечения 827 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, лечившихся в общехирургических отделениях Пироговского Центра за период с 1993 по 2006 г., изучены возможности различных методик эндоскопической остановки ЯГДК, уточнен целесообраз-

TREATMENT POLICY FOR ULCERATIVE GASTRODUODENAL HEMORRHAGES

Yu.M. Stoiko, A.L. Levchuk

The authors analyzed the results of treatment of 827 patients with chronic peptic ulcer hemorrhages. They studied the possibilities of various methods of endoscopic hemostasis of ulcerative gastroduodenal hemorrhages (UGDH). Diathermy proved to be the least effective method of hemostasis – in 59%. In case of irrigation of the source of bleeding hemostasis was achieved in 88,7% and in case of use of combined methods – 94,1%. Application of irrigation methods is expedient in case of diffuse ulcer hemorrhage (Forrest I B) while in case of stream hemorrhage (Forrest I A) combined hemostasis methods are preferable. It has been shown that the method of therapeutic endoscopy does not significantly affect the frequency of recurrent hemorrhages. The major element of the UGDH conservative treatable is antisecretory therapy. By their effectiveness the proton pump blockers are superior to H_2 -blockers; in case of their application the frequency of recurrent hemorrhages was 5 and 28,9%, respectively. The primary way to improve treatment results is forecasting of recurrent hemorrhages and preventive operations.

Keywords: Ulcerative gastroduodenal hemorrhages, hemostasis methods, forecasting of recurrences.

ный объем оперативных вмешательств, оценена эффективность и полноценность проведения медикаментозной терапии, а также эффективность системы прогнозирования и профилактики РГДК. Из 827 больных с ЯГДК мужчин было 573 (60,3%), женщин 254 (39,7%). Возраст больных от 26 до 92 лет, старше 60 лет было 36,4 % больных. У 483 (58,4%) пациентов источником кровотечения была хроническая язва двенадцатиперстной кишки, у 302 (36,5%) – хроническая язва желудка, у 29 (3,5%) – сочетанная язва и у 13 (1,6%) больных источник кровотечения не выявлен. С продолжающимся кровотечением поступили 165 (20%) больных: со струйным кровотечением (Forrest I A) – 5%, диффузным (Forrest I B) – 15%, с неустойчивым гемостазом – 273 (31%) и с устойчивым гемостазом – 405 (49%). С кровопотерей легкой степени поступило 312 (37,7%) больных, средней – 256 (30,9%) и тяжелой – 259 (31,4%) больных.

Лечебная эндоскопия была выполнена у 163 из 365 больных с продолжающимся кровотечением. Применялись методы диатермо- и аргоноплазменной коагуляции (n=81), орошение капрофером, тромбином и аминокaproновой кислотой (АКК) (n=44), методы обкладывания источника кровотечения в сочетании с его коагуляцией и орошением (n=34) и методы эндоклипирования источника кровотечения (n=4).

Анализ результатов диатермокоагуляции для остановки продолжающегося кровотечения показал, что эффективность гемостаза зависела от характера дислокации источника кровотечения. Так, при струйном кровотечении

гемостаз оказался эффективным в 45%, при диффузном – в 63,8% наблюдений. Наименьшая эффективность диатермокоагуляции отмечена при струйном кровотечении из язвы желудка – 33,3% наблюдений. В целом эндоскопический гемостаз с помощью диатермокоагуляции был эффективным в 59% наблюдений. Значительно лучше оказались результаты применения методики орошения источника язвенного кровотечения. С этой целью использовали капрофер и сочетание тромбина с АКК. Остановить кровотечение удалось у 88,7% больных. При струйном кровотечении гемостаз достигнут у 3 из 6 больных, при диффузном – у 36 из 38. Сравнительный анализ результатов применения капрофера и сочетания тромбина и АКК показал, что их эффективность была одинаковой и составила, соответственно, 88,6 и 58,9%. Более эффективным было применение комбинированной методики эндоскопического гемостаза. При этом у одной группы больных (n=16) проводили обкалывание источника кровотечения спиртом в сочетании с его диатермо – (n=4) или аргоноплазменной (n=12) коагуляцией. У другой группы больных (n=18) обкалывание кровоточащей язвы спиртом дополняли орошением тромбином и АКК. Применение этих методик комбинированного гемостаза позволило остановить ЯГДК у 93,8 и 94,4% больных, соответственно, в среднем – у 94,1%. В отличие от методик коагуляции и орошения методика комбинированного гемостаза оказалась эффективной не только при диффузном, но и при струйном кровотечении. Его удалось остановить во всех 7 наблюдениях струйного и в 25 (92,6%) из 27 наблюдений диффузного кровотечения.

Таким образом, наименьшей эффективностью гемостаза обладала диатермокоагуляция – 59% наблюдений. При орошении источника кровотечения гемостаз достигнут в 88,7%, при использовании комбинированных методик – в 94,1% наблюдений. Всего методами эндоскопического гемостаза удалось остановить продолжающееся кровотечение у 121 из 163 больных. У каждого четвертого больного (25,8%) попытки эндоскопического гемостаза закончились неудачей. При этом выявилась четкая зависимость эффективности гемостаза от локализации язвы и характера кровотечения. При локализации язвы в желудке неудачи отмечались в 2 раза чаще (39%), чем при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (20%), при струйном кровотечении – в 3 раза чаще [в 18 (46,2%) из 39 наблюдений], чем при диффузном [в 24 (19,4%) из 124 наблюдений].

Существенным является вопрос о влиянии применявшихся методов лечебной эндоскопии на развитие рецидива кровотечения. Оказалось, что частота развития рецидивов кровотечения при применении диатермокоагуляции составила 9%, при орошении капрофером – 8,6%, тромбином и АКК – 6,3%. Следовательно, метод лечебной эндоскопии существенно не влияет на частоту развития рецидивов кровотечения.

Неоднозначно решение вопроса о лечебной эндоскопии при неустойчивом гемостазе. Была проведена

лечебная эндоскопия 111 пациентам с признаками неустойчивого гемостаза. При этом рецидивы кровотечения развились у 20 (18%) пациентов. Практически идентичная частота рецидивов наблюдалась в контрольной группе (n=146), в которой лечебную эндоскопию не проводили. Рецидивы ЯГДК развились у 125 (17,8%) больных, т.е. применение лечебной эндоскопии при неустойчивом гемостазе не привело к снижению частоты рецидивных ЯГДК. Действительно, химическое или физическое воздействие на язву не способствует ее эпителизации и риск рецидива кровотечения сохраняется. Вместе с тем дополнительно обрабатывается кровоточащий сосуд или сверток крови и происходит отсрочка возможного рецидива ЯГДК. При этом появляется необходимое время для проведения адекватного консервативного лечения. По-видимому, в этом и заключается позитивный эффект лечебной эндоскопии при неустойчивом гемостазе.

На основании полученных данных можно определить показания к применению различных методов лечебного гемостаза. Так, по нашему мнению, использование монополярной диатермокоагуляции должно быть ограничено. Предпочтение следует отдавать бесконтактной аргоноплазменной коагуляции, которая лишена неблагоприятного эффекта «приваривания» и риска возобновления кровотечения вследствие отрыва тромба. Применение методов орошения целесообразно при диффузном кровотечении из язвы (Forrest I B), а при струйном кровотечении (Forrest I A) предпочтительнее пользоваться комбинированными способами гемостаза.

Перспективные возможности открываются с появлением метода эндоклипирования. По мере совершенствования этой методики и накопления опыта врачами-эндоскопистами ее эффективность будет повышаться, и она может стать методом выбора при ЯГДК, обусловленных аррозией сосудов в кратере язвы (Forrest I A и 2 A).

При продолжающемся кровотечении проведение эндоскопического гемостаза считается обязательным, при неустойчивом гемостазе отношение к лечебной эндоскопии сдержанное. При устойчивом гемостазе лечебную эндоскопию не проводим. Необходимо отметить, что для успешного эндоскопического гемостаза необходима высокая квалификация эндоскописта и соответствующая техническая оснащенность, что позволило бы применять оптимальный метод эндоскопической остановки кровотечения в зависимости от характера кровотечения и клинической ситуации.

За последние годы определенные успехи консервативного лечения ЯГДК связаны с появлением новых групп антисекреторных препаратов, в частности блокаторов протонной помпы и производных соматотропного гормона, позволяющих быстро и стойко повышать рН более 5,5, при этом предупреждается лизис тромба или свертка крови, создаются лучшие условия для тромбообразования в аррозированных сосудах и эпителизации язвенного дефекта.

Было изучено, насколько полно антисекреторная терапия использовалась на практике. Оказалось, что 76,6% больных, лечившихся антисекреторными препаратами, получали H2-блокаторы, а блокаторы протонной помпы и аналоги соматропного гормона получали лишь 19,4 и 4,0% больных, соответственно. Таким образом, блокаторы протонной помпы и аналоги соматропного гормона пока не стали препаратами выбора при лечении ЯГДК, хотя об их высокой эффективности свидетельствуют многие источники литературы и данные исследования. В частности, была изучена зависимость частоты рецидивных кровотечений от проводившейся антисекреторной терапии. Для этого были проанализированы результаты медикаментозной терапии у 200 больных с ЯГДК (1-я группа). В этой группе больных практически не выполняли операции по поводу прогнозируемого кровотечения, что делает ее идеальной для такого анализа. У 70 пациентов этой группы был неустойчивый гемостаз (у 30 после эндоскопической остановки и у 40 после спонтанной остановки), причем у 2 из них с повторными рецидивами кровотечения были использованы по две схемы медикаментозной терапии. Антисекреторные препараты во всех наблюдениях применяли в сочетании с гемостатическими и/или антихеликобактерными препаратами. Оказалось, что лучшие результаты были достигнуты у больных, получавших в качестве базисного препарата блокаторы протонной помпы. Рецидив ЯГДК развился у 1 из 20 пациентов. Намного чаще рецидивы ЯГДК развивались при использовании H-блокаторов – в 15 (28,9%) из 52 наблюдений. Из 45 больных, в схему консервативного лечения которых были включены антихеликобактерные препараты, рецидив ЯГДК развился только у 1 (2,2%). Но это связано не с особым эффектом антихеликобактерной терапии, а с тем, что ее подключали через несколько дней от начала лечения, т.е. тогда, когда вероятность рецидива кровотечения уменьшалась. Всего частота рецидивных ЯГДК при неустойчивом гемостазе составила 22,9%.

При устойчивом гемостазе (n=125) развилось всего 2 (1,6%) рецидива кровотечения, причем у одного пациента, получившего антисекреторную терапию (кровотечение остановили консервативными методами), у другого пациента, который лекарственную терапию не получал (кровотечение развилось после аргоноплазменной коагуляции и обкалывания язвы спиртом). В 1-й группе (n=200) антисекреторными препаратами лечили 99,5% больных, что определило относительно невысокую частоту развития рецидивных кровотечений – 9,3% (n=18).

В стационарах Центра, в которых принята активная хирургическая тактика при ЯГДК, возможности консервативной терапии использовались далеко не в полной мере. Во 2-й группе больных (n=627) при консервативном лечении (n=397) каждый второй больной (48,2%) не получал антисекреторных препаратов. Соответственно, рецидивные кровотечения возникли в 76 (19,1%) наблюдениях. После органосохраняющих и паллиативных операций лишь 105 (45,5%) пациентам проводилась антисекретор-

ная терапия, послеоперационные рецидивы кровотечения развились в 1,9% наблюдений. Среди пациентов, не получавших антисекреторных препаратов в послеоперационном периоде, рецидивные кровотечения развились в 4% наблюдений. В целом из 591 больных, которые не были экстренно оперированы по поводу продолжающегося или прогнозируемого кровотечения, в схему консервативного лечения 192 (32,5%) пациентам антисекреторных препаратов не включали. Таким образом, современная антисекреторная терапия позволяет значительно снизить частоту рецидивных кровотечений, но предотвратить их можно только с помощью превентивной операции.

Были изучены результаты лечения ЯГДК в зависимости от выполнения превентивной операции. В 1-й группе, в которой придерживались выжидательной лечебной тактики, и превентивные операции выполняли крайне редко (1), с продолжающимся кровотечением поступило 35 больных, эндоскопическую остановку кровотечения выполняли у 33 из них, гемостаз достигнут у 30, рецидивы ЯГДК развились у 7. С нестабильным гемостазом поступило 40, со стабильным – 125 пациентов, рецидивы ЯГДК развились у 9 и 2, соответственно. Всего рецидивные кровотечения развились у 18 больных, из них умерли 7 (38,9%), в том числе 2 из 6 при консервативном лечении и 5 из 12 при оперативном. Из 200 пациентов 20 (10%) лечили оперативными методами и 180 – консервативными. После экстренных операций по поводу продолжающегося (4) и рецидивного (12) кровотечений умерли 7 пациентов. После срочной операции и трех отсроченных летальных исходов не было. Общая летальность составила 35%.

Обращает на себя внимание большой удельный вес паллиативных операций (20%), после которых летальность составила 75%. В основном, среди умерших были пациенты пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. К этому следует добавить тактические недостатки, в частности у 3 больных с продолжающимися и рецидивными кровотечениями оперативное вмешательство оказалось запоздалым, они умерли на фоне геморрагического шока. Летальность при консервативном лечении в этой группе составила 2,2%, общая летальность в группе с выжидательной лечебной тактикой – 5,5%, причем при кровопотере легкой степени она равнялась 2,7%, средней – 3,5%, тяжелой – 19,4%.

Таким образом, улучшение результатов лечения ЯГДК в группе больных с выжидательной лечебной тактикой связано с коррекцией тактики лечения и совершенствованием хирургического пособия. В частности, необходимо отказаться от консервативного лечения при продолжающемся кровотечении и от выполнения паллиативных операций, шире ставить показания к превентивным операциям (рецидивы ЯГДК развились у 18 больных или в 9,3% наблюдений), так как летальность при экстренных операциях довольно высокая (43,8%).

Во 2-й анализируемой группе (n=627), в которой придерживались активной хирургической тактики и широко ставили показания к превентивным операциям, по экс-

тренным и срочным показаниям были оперированы 300 пациентов: по поводу продолжающегося кровотечения – 34, по поводу рецидивного – 70, в связи с угрозой рецидива – 196. В отсроченном порядке оперированы всего 19 пациентов. В основу активной хирургической тактики лечения была положена тяжесть кровопотери. Так, при кровопотере тяжелой степени оперированы 80,7% больных, средней – 51,3%, легкой – лишь 16,5%. Летальность при этом составила 16,8, 3,8 и 6,9%, соответственно. Отмечаются неудовлетворительные результаты паллиативных операций (умерли 8 из 18 больных, летальность 44,4%) и вмешательств по поводу сочетанных язв (умерли 4 из 11 больных, летальность 36,4%). Общая летальность при оперативном лечении больных составила 11,6%.

Консервативными методами лечили 308 больных. При кровопотере легкой степени умер 1 (0,6%) больной, средней – 2 (2,1%), тяжелой – 7 (15,6%) больных. Следует отметить, что в группу с ЯГДК тяжелой степени, в которой проводили консервативное лечение, вошли тяжелобольные, в том числе поступившие в агональном состоянии (1), с продолжающимся (4) и рецидивным (4) кровотечением, их состояние не позволило предпринять оперативное вмешательство. Летальность при консервативном лечении составила 3,2%, общая летальность в группе больных с активной хирургической тактикой лечения – 7,5%, причем при кровопотере легкой степени она равнялась 1,5%, средней – 3,0%, тяжелой – 16,7%.

Таким образом, во 2-й группе больных достигнуты хорошие результаты при оперативном лечении ЯГДК (летальность 11,6%). Но хирургическая активность оказалась необоснованно высокой. Так, в связи с угрозой рецидива кровотечения оперирована треть всех больных (31,3%), но основная цель – предупреждение рецидивных ЯГДК – не была достигнута, частота рецидивных ЯГДК составила 19,1%, в том числе при тяжелой кровопотере 50%. Следовательно, улучшение результатов ЯГДК в группе больных с активной хирургической тактикой лечения связано с коррекцией лечебной тактики.

Эффективность консервативного лечения была выше в группе с выжидательной лечебной тактикой, хирургического лечения – в группе с активной хирургической тактикой. Так, с продолжающимся кровотечением в обеих группах было равное количество больных – 17,5 и 20,7%, соответственно. Но в 1-й группе эффективность эндоскопического гемостаза была выше (90,9%), чем во 2-й (70%). Соответственно – лишь 2% больных из группы с выжидательной лечебной тактикой были экстренно оперированы в связи с продолжавшимся ЯГДК, в то время как в группе с активной хирургической тактикой экстренно оперированы 5,4% больных. В 1-й группе при консервативном лечении чаще применялись антисекреторные препараты, соответственно реже возникали рецидивные кровотечения и реже приходилось предпринимать по этому поводу оперативное вмешательство (6%), тогда как во 2-й группе операции выполнены у 11,2% всех больных.

Летальность при консервативном лечении в группе с выжидательной лечебной тактикой составила 2,2%, в группе с активной хирургической тактикой лечения – 3,2%. При этом летальность при кровопотере легкой и средней степени в обеих группах не превышала 2,1%, при тяжелой кровопотере была высокой, но в 1-й группе в 2 раза ниже, чем во 2-й, – 8,7 и 15,9%, соответственно. Результаты оперативного лечения больных с ЯГДК в группе с активной хирургической тактикой оказались значительно лучше, чем в группе с выжидательной лечебной тактикой. Послеоперационная летальность составила 11,6 и 35%, соответственно. Общая летальность в группе с выжидательной лечебной тактикой составила 5,5%, с активной хирургической – 7,5%. Но, сопоставив больных по степени тяжести кровопотери, выяснилось, что летальность оказалась чуть ниже во 2-й группе: при кровопотере легкой степени – 2,7 и 1,5%, средней – 3,5 и 3,0%, тяжелой – 19,4 и 16,7%, соответственно.

Таким образом, результаты лечения ЯГДК в обеих группах больных с различной лечебной тактикой оказались практически одинаковыми. При этом имеются возможности для существенного улучшения результатов лечения этого заболевания. Они заключаются прежде всего в коррекции лечебной тактики, основанной на прогнозе рецидива кровотечения. Основными факторами прогноза рецидива кровотечения являются состояние источника кровотечения, локализация и размер язвы, тяжесть кровопотери. На развитие рецидивов ЯГДК оказывают влияние и многие другие, менее значимые факторы (состояние системы гемостаза, кислотность желудочного сока и т.д.). Тем не менее, такой динамичный и многофакторный процесс, как развитие рецидивных кровотечений, необходимо прогнозировать, чтобы иметь возможность предупреждать их, выполняя превентивные операции, при которых летальность значительно ниже. Прогнозированию рецидива кровотечения посвящено много работ, созданы многочисленные модели прогноза рецидива кровотечения, которые не нашли широкого применения ввиду невысокой их достоверности. По нашим данным, их эффективность не превышала 40 – 50%. Причин этому несколько. Во-первых, законы прикладной математики для прогнозирования живых систем неприменимы, так как все составляющие величины являются переменными. Во-вторых, весь прогноз основан на анализе имеющегося материала и зависит от уровня организации работы в данном учреждении. По сути методика прогнозирования может быть применима только в этом стационаре, а ее достоверность будет изменяться при появлении любого нового антисекреторного препарата или метода эндоскопического гемостаза. В-третьих, достоверность прогноза рецидива кровотечения будет зависеть от лечебной тактики. Так, при активной хирургической тактике трудно определить, сколько же рецидивных кровотечений было предотвращено превентивными операциями и сколько их могло быть. Соответственно на такой базе сложно создать систему прогнозирования.

В нашем стационаре прогнозирование рецидивов ЯГДК оказалось недостаточно эффективным, в связи с чем были проанализированы основные факторы прогноза рецидива кровотечения в группе больных с выжидательной лечебной тактикой. Значимыми факторами прогноза при язвенных желудочных кровотечениях оказались локализация язвы, характер неустойчивости гемостаза и тяжесть кровопотери, при дуоденальных кровотечениях – величина язвы, характер неустойчивости гемостаза и тяжесть кровопотери. Частота рецидивных желудочных кровотечений при кровопотере средней и тяжелой степени язв средней трети при Forrest 2A оказалась 80%, при Forrest 2 B – 50%, из язв верхней трети – 50%. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке частота рецидивных кровотечений даже при сочетании значимых прогностических критериев ни в одной из групп не превышала 30%.

На выбор лечебной тактики влияет не только клинично-эндоскопическая характеристика источника кровотечения, но и тяжесть кровопотери, которая определяет объем инфузионно-трансфузионной терапии, а вызванные ею постгеморрагические нарушения гемостаза могут при рецидиве кровотечения принять необратимый характер. В этих случаях тяжесть кровотечения может оказаться определяющим фактором при решении вопроса о превентивной операции.

При выборе лечебной тактики большое значение имеют состояние больного и степень риска операции. Сопутствующие заболевания вынуждают сдержаннее относиться к оперативным вмешательствам по поводу прогнозируемого кровотечения. Особенно труден выбор лечебной тактики у больных с субкомпенсированными и декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний, которые относят к группе риска операций. Напомним, что, согласно определению, это пациенты с тяжелыми системными расстройствами, которые могут привести к смерти в течение 24 часов, т.е. летальность в этой группе больных даже без рецидива кровотечения довольно высока. Решиться на превентивную операцию у таких больных даже в случае большой угрозы рецидива язвенного кровотечения непросто, так как риск оперативного вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения и летальность очень высокая. Кроме того, возобновление язвенного кровотечения с существенным ухудшением, тяжелое состояние больного вынуждают выполнять операции отчаяния на высоте рецидивного кровотечения, когда шансов на успех почти не остается. Поэтому мы считаем, что необходимо строго индивидуально решать вопрос о том, кого из пациентов с высоким риском операции следует оперировать в срочном порядке, а кого целесообразно лечить консервативно, в динамике оценивая состояние источника кровотечения.

Таким образом, эффективность эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении составляет 74,2%. Диатермокоагуляция источника кровотечения эффективна в 59% наблюдений, орошение гемостати-

ками – в 88,7%, комбинированные методы – в 94,1% наблюдений. Основным элементом консервативного лечения ЯГДК является антисекреторная терапия. Блокаторы протонной помпы по эффективности превосходят H_2 -блокаторы, при их применении частота рецидивов кровотечения составила 5 и 28,9% соответственно. Основной путь улучшения результатов лечения – прогнозирование рецидивов кровотечения и выполнение превентивной операции. Лечебная тактика при ЯГДК должна быть индивидуализированной и основываться на прогнозировании рецидива кровотечения с учетом тяжести кровопотери и состояния больного.

Литература

1. Булгаков Г.А., Дивилин В.Я., Страдымов А.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2002. – 11 – С. 24–26.
2. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1999. – 32 с.
3. Волкевич А.Л., Морзон М.А., Батын П.П., Давидовский И.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии и их хирургическое лечение. Регуляторно-приспособительные механизмы в норме и патологии // Сб. научных трудов Ленинградский инст-т усовершенств. врачей С.М.Кирова, Белорусск. инст-т усовершенств. врачей. – 1987. – С. 30–31.
4. Григорьев С.Г., Корягив В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. – 1999. – 6 – С. 10–14.
5. Гуевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. Диагностика и лечение кровотечений // Хирургия. – 1991. – 9 – С. 55–60.
6. Демко А.К. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2005. – 35 с.
7. Затевахин И.И., Гринберг Г.Г., Щеголев И.К. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. - Медицина, 1996. – 149 с.
8. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – 8 – С. 27–32.
9. Курыгин А.А., Румянцев В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. – СПб, Гиппократ, 1992. – 304 с.
10. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Г.Г. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2000. – 1 – С. 21–25.
11. Станулис А.И., Кузеев Р.Г., Гольдберг А.П. и др. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. – 2001. – 3 – С. 4–7.
12. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. – 2002. – 8 – С. 49–50.
13. Фоменко А.В. Хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях с неустойчивым гемостазом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб – 1992. – 24 с.
14. Шорох Г.И., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения // Минск. – 1998. – 214 с.
15. Borman P., Theodoron N., Shuttleworth R. et al. Importance of hypovolaemia shock and endoscopy signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation // Br. Med. – 1985. – 3 – P. 245–247.
16. Chua R. et al. Hemostasis effect of heat probe thermocoagulation for patients with peptic ulcer bleeding: an experience of 329 patients // Chung Hual Hsueh I sa C hih I aiper. – 1995. – 1 – P. 25–80.
17. Ihsu P., Chan S. et al. Bleeding peptic ulcer risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopy finding // Surg. – 1994. – 6 – P. 746–749.
18. Ondrejka P., Sugar I., Rath Z., Faller J. The use of modified Bavior score in the prediction of rebleeding in peptic ulcer haemorrhage // Neta Chir Hung. – 1997. – 1 – P. 270–273.
19. Park K., Steele R., Mollison J., Crofts T. Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage // Br. J. Surg. – 1994. – 10 – P. 1465–1468.
20. Swain C. Gastrointestinal haemorrhage // Clinical Gastroenterology. – 2000. – 3 – P. 375–515.