УДК 616.33-002.44

СПОСОБ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

© 2006 г. О.Л. Дегтярев, В.Н. Ситников, А.Б. Лагеза, М.В. Турбин

Неуменьшающаяся численность гастро-дуоденальных кровотечений (ГДК) остается одной из важных проблем неотложной хирургии. Особенно актуальны диагностика и лечение кровотечений из острых гастро-дуоденальных язв. По данным [1], частота гастро-дуоденальных кровотечений из острых язв составляет 75 %, из них хирургическому лечению подвергаются 47–49 %.

Несмотря на имеющуюся активную хирургическую тактику в лечении ГДК из острых язв, остается высоким процент осложнений (7–12 %), которые включают рецидивные кровотечения, несостоятельность желудочно-кишечных швов и рубцово-язвенный стеноз разной степени выраженности.

Цель работы – продемонстрировать возможность остановки кровотечения без вскрытия просвета желудка и 12-перстной кишки с эндоскопической ассистенцией у больных острыми гастро-дуоденальными язвами, осложненными кровотечением.

Материалы и методы. Наш клинический материал включает 37 наблюдений. Острые язвы кардиального отдела желудка (6 наблюдений), пилорического отдела желудка – 15, луковицы 12-перстной кишки – 16. Причинами острых язв были медикаментозные, стрессовые, алиментарные.

Относительно неудовлетворительные результаты лечения при активно-выжидательной тактике у больных с острыми ГДК послужили причиной отказа от нее в пользу активной хирургической тактики, применявшейся нами с 2003 г. в лечении 170 больных. Смысл активной хирургической тактики заключается в прогнозе рецидива кровотечения после выполнения ФГДС и решении вопроса о возможности срочных оперативных вмешательств в течение 24–48 ч при высоком риске возобновления геморрагии. Основанием для решения вопроса в пользу хирургической операции являлись

критерии, определенные И.И. Затевахиным [2] и А.А. Щеголевым [3]. Выделены абсолютные критерии угрозы рецидива кровотечения (наличие «значительных» язв и снижение Hb ниже 50 г/л) и относительные (степень интенсивности кровопотери, эндоскопическая характеристика кровотечения и его источника).

Для 37 больных использовалась методика прошивания кровоточащего сосуда под контролем гастро-дуоденоскопа одним-тремя сквозными гемостатическими швами без вскрытия просвета желудка или 12-перстной кишки. Для герметизации этой линии швов налагались коллагеновые пластины.

Результаты. В группе пациентов, у которых остановка кровотечения была произведена вышеуказанным способом, не отмечалось гнойно-септических осложнений, рецидивных кровотечений и рубцовых деформаций. У этой группы пациентов при контрольной ФГДС через 3, 6 и 12 мес. на фоне медикаментозной терапии не наблюдалось обострение язвенной болезни.

Выводы. Предлагаемая методика остановки острых ГДК, расположенных на передней стенке желудка и передне-верхней стенке 12-перстной кишки, является надежным методом их остановки и предупреждения развития ряда грозных осложнений.

Литература

1. *Курыгин А.А.* и др. Острые гастро-дуоденальные язвы в раннем послеоперационном периоде // Вестн. хир 1989. № 1. С. 11–13.
2. *Затевахин И.И., Щеголев А.А.* Современные подходы к лечению язвенных гастро-дуоденальных кровотечений. М., 1995. С. 30–32.

3. Щеголев А.А. Обоснование принципов дуоденальных кровотечений: Дис. ... д-ра хирургического лечения язвенных гастро- мед. наук. М., 1993. С. 78–79.

Ростовский государственный медицинский университет,

Городская больница скорой медицинской помощи № 2, г. Ростов-на-Дону

17 февраля 2006 г.