

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Шапошников В.И.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Краснодар, e-mail: corpus@ksma.ru

Наблюдали 196 больных с кровоточащими язвами желудка и дуоденум. Экстренные операции на высоте кровотечения выполнены у 48 (24,5%) пациентов, а еще у 6 (3%) по причине сочетания кровотечения с перфорацией. У 93 (47,7%) же пациентов ее причиной послужил рецидив кровотечения, который возник через 5–18 часов и 1–2 суток после первичного гемостаза. Отсроченные операции осуществлены у 43 (21,9%) пациентов с длительным язвенным анамнезом. У 6 (3%) пациентов с признаками малигнизации язвы выполнены ранние плановые операции. Мостовидная дуоденопластика произведена у 106 (54,1%) пациентов, сегментарная – у 43 (22%), гастропластика – у 35 (17,8%), резекция желудка – у 12 (6,1%). Послеоперационная летальность составила 14,7%.

Ключевые слова: кровоточащие язвы желудка, дуоденум, лечение.

THE QUESTION OF THE TREATMENT OF THE ULCER BLEEDING

Shaposhnikov V.I.

Kuban state medical universitetis, Krasnodar, Russia, e-mail: corpus@ksma.ru

We have Observed 196 patients with ulcer bleeding gastric and duodenal pests. We made accidental operations at the height of bleeding for 48 (24.5%) patients, and for other 6 (3%) who had combination of bleeding with perforation. At 93 (47.7%) of patients is the result of recidive bleedings which happened within 5-18 hours and 1-2 days after primary hemostasis. Later operations were done for 43 (21.9%) patients with a long ulcer anamnesis. At 6 (3%) patients who had malignisation of the ulcer were operated in early planned operations. From 196 patients bridge form duodenoplastic operation was done to 106 (54.1%), segmented to 43 (22%), gastro plastic to 35(17.8%), and gastric resection to 12 (6.1%) patients. Post operational death is 14.7%.

Key words: ulcer bleeding gastric, duodenal, treatments.

Введение. Язвы гастродуоденальной зоны (ЯГДЗ) осложняются острым кровотечением в 5–10% наблюдений. У мужчин, особенно в возрасте старше 40 лет, это осложнение встречается в 5–6 раз чаще, чем у женщин. У пожилых же пациентов вероятность кровотечения достигает уже 70–90%. У 12–33% больных в среднем через 164 дня (от 1 и до 1024 суток) наблюдаются рецидивы кровотечений [1].

К причинам развитие данного осложнения относят: 1) патоморфологические особенностями язвенного дефекта слизистой оболочки (длительно не рубцующаяся язва с зияющими сосудами и др.); 2) погрешность в хирургической коррекции кислотно-пептической агрессии (отказ от ваготомии, прошивание в язве кровоточащего сосуда и др.); 3) неадекватность медикаментозной терапии; 4) тяжесть нарушений свертывающей системы крови и развитие других патологических состояний на фоне геморрагического шока (острая сердечная, почечная и печеночная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, ДВС-синдром, синдром массивного кровезамещения и др.) [1; 4; 6].

В настоящее время третьей группе причинных факторов уделяется особое значение. Дело в том, что, несмотря на Маастрихтский консенсус – 2 (2000 г.), который практически вменил в обязанность всем врачам проведение при ЯГДЗ эрадикационной терапии (независимо от фазы заболевания и наличия осложнения), современные врачи общей практики продолжают придерживаться устаревшего алгоритма лечения, то есть назначают антисекреторные, антацидные, репаративные и другие «старые» препараты. Даже гастроэнтерологи назначают современную терапию только у 66–67% пациентов. В результате за 5 лет наблюдений у терапевтов такой консерватизм привел к рецидиву язвы желудка у 40% пациентов, а у гастроэнтерологов – у 17%, а язвы ДПК – соответственно у 50% и 31% [6]. Антихеликобактерную терапию принято разделять на два этапа – терапию первой и второй линии, при этом второй этап осуществляется при неэффективности первого. Терапию первой линии проводят 7 дней при помощи ингибитора протонной помпы + кларитромицина + амоксициллина (или метронидазол). Затем в поликлинике пациента в течение 2–7 недель продолжают долечивать омепразолом или другим антисекреторным препаратом. Показатель эрадикации при ней составляет 88–95%, а частота ежегодных рецидивов дуоденальных язв снижается в среднем до 3,5%, а желудочных – до 5,7%. В терапию второй линии включены: ингибитор протонной помпы + висмута субсалицилат/субцитрат + метронидазол + тетрациклин. Квадротерапию назначают на 7–14 дней. Долечивание опять же проводят антисекреторными препаратами. Неудачи в проведении и второй линии лечения обычно обусловлены наличием у больных или симптоматической, или не ассоциированной с *H. pylori* язв желудка и дуоденум [6]. Продолжительная супрессия кислотной продукции желудка, с поддержанием интрагастрального рН на уровне 6,0, приводит к исчезновению эрозивно-язвенных проявлений гастро-и дуоденопатий и сохраняет тромбы (они перевариваются при снижении рН и активации фибринолиза и протеолиза). По этим причинам антибиотики сейчас являются лидерами в лечении язв желудка и ДПК. Антисекреторным же препаратам отведена роль резерва, а антацидным – вспомогательных средств.

При кровоточащих язвах гастродуоденальной зоны (КЯГДЗ) воздействовать на систему гемостаза предлагают лишь тогда, когда происходит потеря факторов свертывания крови, и при нестабильном локальном гемостазе с высокой угрозой рецидива кровотечения. В таких случаях показана трансфузия свежезамороженной плазмы, и она должна продолжаться до тех пор, пока глобальные коагуляционные тесты не нормализуются [5]. Однако переливание ее больным, находящимся в критических состояниях, сопровождается у 6,8% из них рецидивом кровотечения, а еще у 18% наступает и острое повреждение легких. Если же плазма не переливается, то указанные осложнения соответственно возникают только у 2,8 и 4% больных [8; 9].

Цельную кровь и эритроцитарную массу сейчас считают очень опасными. Так, например, заместительные трансфузии эритроцитарной массы сопровождаются фатальными реакциями 1 : 1 000,

трансфузионными поражениями легких и почек – 1 : 5 000, бактериальной контаминацией (в том числе фатальным сепсисом) – 1 : 10 000, передачей вирусов гепатита В – 1 : 30 000, гепатита С и вируса иммунодефицита человека – 1 : 1 000 000, при этом многие потенциально опасные вирусные инфекции у доноров вообще не тестируются [8; 10]. Повторные переливания крови увеличивают опасность развития у пациентов гнойно-некротических осложнений [1; 6].

Вместо крови и плазмы ныне предлагают использовать гидроксипропилированный крахмал («Инфукол ГЭК» 6% и 10%) и перфторан. Переливать же альбумин пациентам с повышенной проницаемостью капилляров не рекомендуют, так как он проникает в интерстиций, что сопровождается развитием отека органов и тканей. Назначение тромбоцитарной массы показано только при падении уровня тромбоцитов ниже 50 000. Медикаментозная терапия оказывается эффективной у 80–85% больных с КЯГДЗ, а у 15–20% – требуется хирургическое лечение [2; 3; 5].

Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия предусматривает проведение мероприятий, направленных как на коррекцию абсолютной и относительной гиповолемии с восстановлением нормального распределения жидкости между секторами организма, так и на снижение концентрации медиаторов септического каскада и токсических метаболитов, но это требует поддержания адекватного уровня коллоидно-осмотического давления плазмы. Неадекватная перфузия тканей на фоне гиповолемии и гипотензии усиливает метаболические нарушения. Увеличение же концентрации сывороточного лактата до 4 ммоль/л и более является прямым показанием для проведения инфузионной терапии. Чтобы восстановить тканевую перфузию, объем инфузии кристаллоидных или коллоидных растворов должен быть не менее 20 мл/кг в сутки [5]. Сбалансированной же объем инфузионной терапии определяется индивидуально – в первую очередь на основании оценки показателей АД, пульса, ЦВД и диуреза. Во избежание развития отека легких трансфузионную терапию необходимо осуществлять так, чтобы разница между коллоидно-осмотическим давлением плазмы и давлением заклинивания в легочных капиллярах (осмотический – гидростатический градиент) была не ниже 12 мм рт. ст. Для этого нужно в первую очередь рассчитать общее суточное количество жидкости. Эта величина определяется путем сложения суточных физиологических потребностей (1500 мл/кв. м) + дефицит воды на момент расчета + необычные ее потери (во время рвоты, выделения экссудата через дренажные трубки, усиленное потоотделение, гипервентиляция). На каждый один градус повышения температуры тела выше нормальной величины требуется дополнительное введение 500 мл воды. Если возникают трудности в определении потерь электролитов, то нужно нормальную суточную их потребность (калия – 1 ммоль/кг, натрия – 2 ммоль/кг, хлора – 1,5 ммоль/кг) увеличить в 2–3 раза.

Динамический контроль за инфузионной терапией рекомендуют осуществлять по правилу 5–2 см вод. ст. (дозированное введение жидкости с предварительным определением величины

ЦВД), согласно которому больному в течение 10 минут вводят внутривенно определенную тест-дозу жидкости для улучшения ее микроциркуляции, а именно: а) 200 мл, если исходное ЦВД 8 см вод. ст., б) 100 мл, если ЦВД в пределах 8–10 см вод. ст., в) 50 мл, если ЦВД 14 см вод. ст. Вслед за этим определяют характер роста центрального венозного давления, и если ЦВД увеличивается более чем на 5 см вод. ст., то инфузию прекращают и решают вопрос об инотропной поддержке – такое повышение ЦВД свидетельствует о нарушении сократимости сердца (закон Франка – Старлинга). Если же ЦВД возрастает не более чем на 2 см вод. ст., то продолжают инфузионную терапию без инотропной поддержки, так как низкое ЦВД обусловлено гиповолемией [10].

Трансфузионных средств довольно много, и по этой причине каждое из них следует назначать индивидуально с учетом необходимости для коррекции гомеостаза. Данные литературы свидетельствуют о том, что эффективность кристаллоидных и коллоидных растворов примерно одинакова. Однако для достижения нужных результатов лечения требуется гораздо больший объем кристаллоидов, чем коллоидов, а это сопровождается повышением экстравазации жидкости и формированием генерализованного отека тканей, который в свою очередь ухудшает транспорт кислорода и тем самым поддерживает полиорганную дисфункцию [5; 9].

Большинство кристаллоидных растворов изотоничны плазме и по данной причине свободно проникают через эндотелий капилляров, что сопровождается снижением онкотического давления. Распределение кристаллоидов после инфузии определяется коллоидно-осмотическим давлением плазмы и интерстициального пространства. В условиях выраженной капиллярной «утечки» объем инфузии кристаллоидов в 3–4 раза превышает эквивалентный объем коллоидов, при этом их эффект весьма не продолжителен. Кроме этого, они хотя и восстанавливают сердечный выброс, но не поддерживают его и не способствуют восстановлению микроциркуляции [2; 10]. Использование у пациентов с органной дисфункцией значительных объемов 0,9%-ного раствора хлорида натрия (осмолярность его составляет 308 мосм/л, тогда как у плазмы крови всего 285–295 мосм/л) или лактата Рингера (осмолярность 273–254 мосм/л) может привести к внутриклеточному отеку внутренних органов и головного мозга с резким возрастанием внутричерепного давления. Следует помнить и о том, что у физиологического раствора рН около 7,0, что может серьезно усилить имеющийся в больных ацидоз. Раствор Рингера – Локка и Лактасол более физиологичны, чем 0,9%-ный раствор хлорида натрия. Они способствуют восстановлению кислотно-основного состояния организма и улучшают гемодинамику. К числу регуляторов кислотно-основного состояния относятся также 5–7%-ный раствор гидрокарбоната натрия, но он эффективен не более чем 4 часа от момента изготовления, и 3,66%-ный раствор трисамина.

Коллоидные инфузионные среды при коррекции волевических расстройств в меньшей степени вероятности способствуют развитию отека и значительно улучшают

микроциркуляцию. Однако они могут вызвать аллергическую реакцию, отрицательно влияют на гемостаз и повреждают нефрон. Наиболее безопасными являются среднемoleкулярные крахмалы (гидроксиэтилкрахмал с молекулярной массой 130 ± 20 кДа) и растворы модифицированного жидкого желатина. Они значительно улучшают реологические свойства крови, снижают капиллярную утечку (за счет ингибирования активации эндотелиоцитов и «запечатывающего эффекта»), снижают как выброс ксантин-оксидазы после ишемии-реперфузии, так и системную воспалительную реакцию. Например, волемический эффект гидроксиэтилкрахмала (ГЭК 130/0,4) достигает 100% и продолжается около 4 часов, при этом даже при инфузии препарата 75 мл/кг не отмечается кумуляции его в плазме. Инфузионно-трансфузионную терапию проводят на фоне обязательного постоянного вдыхания увлажненного кислорода.

Профилактика тромбоэмболических осложнений проводится путем: эластической компрессии тканей нижних конечностей эластическими чулками, возвышенного положения ног с пассивными и активными сгибаниями стоп, лечебной гимнастики и массажа, местного применения троксевазина. После устранения язвенного кровотечения оперативным путем с этой целью используют подкожное введение сниженных доз или обычного нефракционированного гепарина (НФГ), или низкомолекулярного гепарина (НМГ), а также непрямые антикоагулянты после восстановления перистальтики кишечника. Первая доза гепарина вводится через 4–6 часов после операции. Этот препарат улучшает реологические свойства крови, предотвращает коагулопатию, улучшает микроциркуляцию и тем самым способствует восстановлению моторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Эффект усиливается, если одновременно внутривенно вводится реополиглюкин. В последнее время в международной клинической практике для профилактики тромбоэмболических осложнений предпочтение отдается НМГ – его применять удобнее, чем НФГ, а число геморрагических осложнений при нем ниже. Обычно используют малые дозы НМГ: 20 мг клексана 1 раз в сутки под кожу живота либо 0,3 мл фраксипарина 1 раз в сутки, либо 2500 МЕ фракмина 1 раз в сутки. Лечебное действие клексана продолжается 24 часа, а фракмина и фраксипарина – 18 часов. Однако если проводится консервативное лечение, то применение гепарина и непрямым антикоагулянтов противопоказано даже в стадии рубцевания и эпителизации язв.

При лечении КЯГДЗ общепризнанной является активно-выжидательная тактика. Операцией выбора при язвах ДПК является дуоденопластика (или сегментарная, или мостовидная), а желудка – гастропластика [7]. Без коррекции секреции соляной кислоты любая из них будет обречена на неудачу [6]. Летальность при КЯГДЗ остается в пределах 10–25%. Сравнительный анализ результатов выживаемости различных групп пациентов проводят с учетом балльной оценки индекса тяжести по АРАСНЕ – 11. В него включают 8 факторов. При третьей степени тяжести (более 30 баллов) летальность достигает 100%.

Цель работы: изучение причинных факторов рецидива КЯГДЗ.

Материалы и методы. В хирургических отделениях КГЦ БСМП с 2001 по 2007 год (включительно) находилось на лечении 2444 пациента с кровоточащими язвами гастродуоденальной зоны, из которых у 1808 (78,4%) было проведено консервативное лечение (умерло 59 человек, или 3,2%), а у 557 (21,6%) – оперативное (умерло 67 человек, или 12%). Спустя сутки от начала заболевания (кровотечения) в больницу поступило 925 (37,8%) человек, из которых у 75% осуществлено консервативное лечение (из 694 пациентов умерло 25, или 3,6%), а у 25% была произведена операция (из 231 пациента умерло 24, или 10,3%).

Из 577 пациентов, подвергнутых оперативному лечению, у 231 (40%) кровотечение возникло из язвы желудка, а у 346 (60%) – из язвы двенадцатиперстной кишки. Из числа больных с язвой желудка женщин было 27,5%, а мужчин – 72,5%, а с язвой двенадцатиперстной кишки – соответственно 24 и 76%, то есть у мужчин язвы обеих локализаций наблюдались примерно одинаково и встретились в 3,5 раза чаще, чем у женщин. Возраст больных с язвой желудка был от 22 и до 92 лет, а двенадцатиперстной кишки – от 15 и до 89 лет. Однако возрастной состав больных в этих двух группах наблюдений несколько отличался друг от друга. Так, язва желудка в возрасте до 20 лет вообще не наблюдалась, а двенадцатиперстной кишки – 2,3% наблюдений. На возраст 21–30 лет соответственно пришлось 2,5 и 11,8%; 31–40 лет – 10,6 и 13,3%; 41–50 лет – 21,8 и 17,1%; 51–60 лет – 23,1 и 17,2%; 61–70 лет – 25,6 и 22,9%; 71–80 лет – 11,3 и 12,3%; старше 80 лет – 5,1 и 3,1%. Таким образом, язва двенадцатиперстной кишки наблюдалась в более молодом возрасте по сравнению с язвой желудка. Среди умерших женщин было 29,1%, а мужчин – 70,9%. Эти данные не подтверждают бытующее мнение о том, что язвенная болезнь у женщин протекает тяжелее, чем у мужчин. Летальность в возрасте до 20 лет составила 16,6%; от 21 до 30 лет – 5,7%; от 31 до 40 лет – 1,9%; от 41 до 50 лет – 8,8%; от 51 до 60 лет – 8,5%; от 61 до 70 лет – 17,8%; от 71 до 80 лет – 20%; старше 81 года – 25%. Следовательно, на прогноз заболевания влияет возраст больных. Если у лиц до 20 лет высокую летальность в основном можно объяснить наследственным фактором, то у пациентов старше 40 лет уже отчетливо просматриваются социальные факторы – это вредные привычки, характер трудовой деятельности и диеты и др. С возрастом отмечается кумуляция повреждающих факторов, что отражается на тяжести течения заболевания.

Из 557 пациентов, подвергшихся оперативному лечению, у 153 (27,4%) операции по сроку выполнения можно отнести к числу экстренных (через 2–3 часа после поступления пациентов в стационар на высоте профузного кровотечения и геморрагического шока им осуществлялось хирургическое вмешательство, а дообследование проводилось на операционном столе). У 267 (47,9%) больных они были неотложными – рецидив кровотечения у них возник или через 5–18 часов, или через 1–2 суток после первичного гемостаза, а у 122 (21,9%) отсроченными –

выполнены через 2–3 суток при эндоскопических признаках явной угрозы рецидива кровотечения. Ранние плановые операции осуществлены всего у 15 (2,8%) человек (на 7–14 сутки после остановки кровотечения при явных признаках малигнизации тканей).

В таблице 1 приводятся сведения о характере произведенных операций.

Таблица 1 – Характер выполненных операций у больных с кровоточащими язвами

Вид хирургического вмешательства	Всего	Из них умерло:	
		число	/ %
Клиновидная резекция желудка	126 (22,6%)	18	14,28
Дистальная резекция желудка	95 (17,0%)	9	9,47
Проксимальная резекция желудка	6 (1,0%)	2	33,33
Гастрэктомия	1 (0,17%)	-	-
Гастротомия	9 (1,61%)	1	11,11
Гастроэнтероанастомоз	1 (0,17%)	-	-
Реконструктивная резекция желудка	16 (2,87%)	1	6,25
Лапаротомия	5 (0,89%)	5	100,0
Селективная проксимальная ваготомия с фундопликацией по Ниссену	5 (0,89%)	-	-
Стволовая ваготомия с пилоропластикой	7 (1,25%)	-	-
Мостовидная дуоденопластика	221 (39,6%)	18	8,14
Сегментарная изолированная дуоденопластика	25 (4,48%)	9	36,00
Дуоденопластика + селективная проксимальная ваготомия	40 (7,18%)	4	10,00
ИТОГО	557 (100%)	67	12,02

Как явствует из приведенной выше таблицы 1, в основу хирургического пособия была положена органосохраняющая тактика лечения. Так, мостовидная дуоденопластика была произведена у 261 (46,85%) пациентов, при этом у 40 (7,18%) из них ее дополнили селективной проксимальной ваготомией. У 17 (3%) пациентов при выполнении дуоденопластики были прошиты кровоточащие сосуды в пенетрирующей язве 8-образными и П-образными швами (дно было вынесено за пределы просвета кишки и оставлено в рубцовых тканях). Резекция желудка (дистальная, проксимальная, гострэктомия) была осуществлена всего у 102 (18,17%). У всех у них характер патологического процесса (обширные инфильтраты, пенетрация и т.д.) не позволили сохранить в целостности полый орган, то есть резекция желудка выполнялась только как «операция отчаяния».

Из 557 пациентов, которые подверглись хирургическому лечению, у 7 (1,25%) кровотечение сочеталось с их перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки. У всех у них операция выполнена в течение 2 часов после госпитализации. Из 7 этих пациентов у 4 была выполнена мостовидная дуоденопластика, у 2 – стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой, у 1 – клиновидная резекция желудка. У всех этих пациентов наступил благоприятный исход лечения.

Реконструктивная резекция желудка у всех 16 больных выполнялась по поводу кровоточащей пептической язвы анастомоза.

Послеоперационные осложнения возникли у 88 (15,8%), в том числе: нагноение послеоперационной раны, абсцессы и флегмоны – у 39 (7%); несостоятельность швов анастомоза с развитием перитонита (у всех выполнена релапаротомия) – у 27 (4,8%); развитие деструктивного острого холецистита – у 15 (2,6%); гнойного плеврита – у 4 (0,7%), эвентрации – у 3 (0,5%) больных.

Послеоперационная летальность составила 12,02% (умерло 67 пациентов). В таблице 1 приводятся сведения о числе неблагоприятных исходов лечения при той или иной операции. Наибольшая летальность отмечена при сегментарной изолированной дуоденопластики (36%) и проксимальной резекции желудка (33,3%). При остальных методиках хирургического пособия показатели летальности были примерно одинаковыми. Средний возраст у умерших равняется $64,1 \pm 2,5$ лет. Эти данные только подтверждают мнение о том, что на исход операции в основном влияет возраст и тяжесть состояния больных. Так, например, возраст у умерших пациентов, у которых была произведена резекция желудка, был $68,1 \pm 1,5$ лет. У всех у них выявлена гигантская пенетрирующая язва с профузным кровотечением.

Из 67 умерших пациентов у 23 (34,3%) причина смерти была обусловлена несостоятельностью швов анастомоза, что составляет 4% к общему числу оперированных больных. Причиной смерти у остальных пациентов (44) явилась острая сердечно-сосудистая (27) и почечно-печеночная недостаточность (14), а также эмболия легочной артерии (3). Острая сердечно-сосудистая недостаточность у этих пациентов напрямую была обусловлена геморрагическим шоком. Из 9 пациентов, у которых смерть наступила после сегментарной дуоденопластики, у 6 наблюдалась несостоятельность швов анастомоза, что можно объяснить натяжением сшиваемых тканей двенадцатиперстной кишки.

Эндоскопическая остановка кровотечения осуществлялось путем орошения язв 70°-ным спиртом и 5%-ным раствором Σ -аминокапроновой кислоты. Рецидивы кровотечений составили 40,5%. Повторялись они, как правило, у лиц пожилого и старческого возраста, которые получали в большом объеме кристаллоиды. Повторное эндоскопическое вмешательство привело к остановке кровотечения у 40% больных. В дальнейшем через 2–4 суток осмотр желудка повторялся. Эта манипуляция позволила определить не только сам характер заживления язвы, но и целесообразность выполнения оперативного лечения.

Госпитализированные больные (до развития у них кровотечения) противоязвенное лечение не получали, хотя большинство из них имели продолжительный язвенный анамнез. Диету они также не соблюдали и страдали вредными привычками. В этом вопросе особое значение нужно отдать недоступности для большинства жителей страны современных эффективных

противоязвенных препаратов. Да и в стационарах в настоящее время сохраняется заметный их дефицит. Такая ограниченность в лекарственных средствах, безусловно, сказалась и на результатах лечения.

Из других факторов, сыгравших отрицательную роль в исходе лечения, нужно отметить следующие. Так, источником кровотечения чаще всего была зияющая аррозированная артерия (реже вена или капилляры) в зоне воспалительно-рубцового процесса, что, естественно, сопровождалось стремительной потерей ОЦК. В момент рецидива кровотечения происходило уменьшение и даже исчезновение боли (симптом Бергмана), что вводило в заблуждение пациентов, и они отказывались от повторного обследования порою до 12 часов и даже более, а усиление перистальтики кишечника (симптом Тейлора) дезориентировало и некоторых малоопытных врачей – это явление они расценивали как разрешение пореза кишечника.

В комплексную терапию были включены кровоостанавливающие препараты (5%-ный раствор Σ -аминокапроновой кислоты, дицинона раствор, свежезамороженная плазма, 1%-ный раствор викасола). Заместительные трансфузии эритроцитарной массы производились по жизненным показаниям и были в объеме 500–1500 мл. Коллоидные и кристаллоидные растворы вводились с учетом новой концепции инфузионно-трансфузионной терапии, то есть правила «3 : 1» – 1мл потерянной крови замещался 3 мл кристаллоидов. Переливание же самих указанных выше растворов проводили в соотношении 1 : 3. Улучшения кровоснабжения мозга добивались и за счет перераспределения крови из нижних конечностей пациента – путем эластической их компрессии. В течение 2 и более недель назначали антисекреторные и антацидные препараты.

В основу описанного лечения была положена активно-выжидательная тактика, которая предусматривает достижение гемостаза консервативным путем. И лишь при отсутствии от нее эффекта выполняется операция, на которую, однако, больные слишком поздно (порою через 12 и более часов) давали согласие, когда обескровливание у них становилось угрожаемым для жизни.

Обсуждение. В настоящее время алгоритм лечения ОКЯГ ДЗ разрабатывается, как правило, в экстренном порядке без учета характера тяжелейших изменений гомеостаза, что в дальнейшем не может не сказаться на результатах оперативного лечения. В таких ситуациях врач должен за 15–20 минут организовать пациенту полноценную экстренную хирургическую помощь. Но здесь нередко возникают непреодолимые трудности. Сюда в первую очередь нужно отнести или полное отсутствие крови (особенно редко встречающихся групп), или ограниченное ее количество, а также альбумина, свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, фибриногена, тромбина и новейших средств инфузионной терапии. И тогда хирурги вынуждены компенсировать дефицит ОЦК только кристаллоидами и на их фоне совершать хирургическую агрессию, что не всегда может привести к положительным результатам. То же самое касается и других средств терапии.

Большая доля ответственности за развитие данного осложнения ложится и на самих пациентов, которые порою слишком уж безответственно относятся к состоянию собственного здоровья.

Список литературы

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, и *Helicobacter pylori* // *CONSILIUM medicum*. – 2002. – № 3. – С. 6–11.
2. Гельфанд Б.Р., Еременко А.А., Проценко Д.Н. и др. Инфузионная терапия при тяжелом сепсисе и септическом шоке // *CONSILIUM medicum*. – 2006. – № 7. – С. 48–53.
3. Киров М.Ю. Современные аспекты мониторинга гемодинамики в отделении анестезиологии и интенсивной терапии // *Интенсивная тер.* – 2005. – № 3. – С. 155–159.
4. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // *CONSILIUM medicum*. – 2004. – № 1. – С. 29–31.
5. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери // *CONSILIUM medicum*. – 2003. – № 6. – С. 347–357.
6. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // *CONSILIUM medicum*. – 2004. – № 1. – С. 6–11.
7. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар. – 1995. – 293 с.
8. Bone RC Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction syndromes (MODS) // *ANN intern Med*. – 1996. – № 8. – P. 680–687.
9. Wang P., Chaudri I.H. Crystalloid resuscitation restores but does not maintain cardiac output following severe hemorrhage // *J. Surg. Res.* – 1991. – № 50. – P. 163–169.
10. Weil M.H., Henning R.J. New concepts in the diagnosis and fluid treatment of circulatory shock // *Anesth. Analg.* – 1979. – № 58. – P. 124–132.

Рецензенты:

Чалык Ю.В., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития РФ, г. Саратов.

Работа получена 14.11.2011