

На правах рукописи

Адианов Вадим Владимирович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО
ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА**

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

ВОРОНЕЖ-2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Чередников Евгений Федорович

Официальные оппоненты:

Шапкин Юрий Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, заведующий кафедрой общей хирургии.

Кательницкий Иван Иванович – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1.

Ведущая организация

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «__» «__» 2015 года в ___ часов на заседании диссертационного совета Д.208.009.01 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 394036, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «__» «_____» 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совет

Глухов Александр Анатольевич



Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. Желудочно-кишечные кровотечения на сегодняшний день является самым грозным осложнением пептических язв. Особенно это актуально у лиц пожилого и старческого возраста, отягощенных тяжелыми соматическими заболеваниями [Ю.А. Пархисенко, 1997., Е.Ф. Чередников и соавт., 2010; В.К. Гостищев и соавт., 2011; А. И. Жданов и соавт., 2014., D.P. Schusteretal. 1984; D.M. Jensen, 2003].

В возрастной группе старше 65 лет обычно имеют место исключительно осложненные формы язвенной болезни. Многократные рецидивы язвенной болезни при ее медикаментозном лечении, сопровождаются развитием грозных осложнений [В.И. Мадленко и соавт., 2008; Т.С. Пагосян, М.А. Евсеев, 2009; Т.Л. Горшенин и соавт., 2012].

Помимо язвенной болезни гастродуоденальные кровотечения у больных пожилого и старческого возраста могут быть следствием приёма аспирина, антиревматических и антикоагулянтных средств, нестероидных противовоспалительных препаратов с целью лечения сопутствующих заболеваний, что часто вызывает массивные кровотечения из симптоматических язв. [А.В. Калинин, 2008; И. В. Ярема и соавт., 2009; С.С. Якимова, 2011; М.В. Fennerty, 2002].

Нередко, гастродуоденальные кровотечения у больных пожилого и старческого возраста носят профузный характер, в связи, с чем их приходится оперировать по экстренным показаниям. Количество больных, перенесших неотложные хирургические операции, по поводу язвенного кровотечения, остается стабильно высоким. При этом хирурги отдают предпочтение органосохраняющим (прошивание кровоточащей язвы или её иссечение) операциям. Экстренные операции, выполняемые без необходимой подготовки,

сопровожаются высокими цифрами послеоперационной летальности, особенно у больных с высоким операционным риском. [Г.И. Синенченко, 2009; С.Л. Лобанов, 2014; В.Н. Эктов и соавт., 2014; J.E. Alkemetal., 2008].

В лечении таких больных целесообразно максимально использовать возможность эндоскопического гемостаза. Повышение его эффективности в ряде случаев может оказаться методом окончательной остановки кровотечения, что позволяет нередко отказаться от операции у больных с высокой степенью операционного риска. [М.Д. Дибиров, 2007,2013; Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев, 2009; Н.И. Глушков и соавт., 2011; Ю.Г. Шапкин и соавт., 2014. D.M. Jensen,2003].

Цель исследования

Улучшить результаты лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями группы повышенного операционного риска путём оптимизации способов гемостаза.

Задачи исследования

- Изучить возможность применение эндоскопических инсуффляций аниловина для эндоскопической остановки гастродуоденальных кровотечений и оценить эффективность предложенного метода по показателю окончательного гемостаза у больных с высокой степенью операционного риска.
- Разработать способ интраоперационного гемостаза язвенных гастродуоденальных геморрагий у больных группы повышенного операционного риска путём прошивания кровоточащего сосуда в комбинации с пневмоинсуффляцией анилодиовина.
- Дать оценку эффективности местного лечения поздно возникшей язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста со стабильно

остановившимся кровотечением эндоскопическими инфузиями диовина и диовина.

- Провести сопоставление эффективности лечения гастродуоденальных кровотечений у больных с высоким операционным риском в основной группе и группе сравнения.

Новизна исследования

Впервые в комплексном лечении использован аниловин с целью эндоскопической остановки гастродуоденального кровотечения и для профилактики его рецидива у больных с высокой степенью операционного риска (рац. предложение №1409).

Внедрен в клиническую практику интраоперационный метод лечения язвенных кровотечений путем прошивания кровотока в язве в комбинации с инфузией анилодиовина у больных группы повышенного операционного риска (рац. предложение №1419).

Показана возможность местного лечения больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью, осложненной кровотечением, эндоскопическими комбинированными инфузиями дренирующих сорбентов направленного действия (патент на изобретение РФ №2532492).

Разработаны и успешно применяются в повседневной практике многопрофильного стационара практические рекомендации по профилактике и лечению эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с высокой степенью операционного риска.

Практическая значимость работы

Использование аниловина для эндоскопического гемостаза в комплексной терапии гастродуоденальных кровотечений улучшило результаты лечения

больных с повышенным операционным риском. Применение метода интраоперационного гемостаза с последующей инсуффляцией анилодиовина на область дефекта повысило надежность гемостаза и снизило послеоперационную летальность.

Внедрение метода комбинированных эндоскопических инсуффляций диотевина и диовина у больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью позволило ускорить время заживления гастродуоденальных язв и сократить сроки пребывания в стационаре.

Положения, выносимые на защиту

- Повышение эффективности лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями группы повышенного операционного риска может быть достигнуто путем применения методов эндоскопического гемостаза в комбинации с биологически активными дренирующими сорбентами нового поколения.

- Появление гастродуоденального кровотечения у пациентов с высоким операционным риском утяжеляет общее состояние больных. Во время вынужденных экстренных операций, как показали проведенные исследования, разработанный метод интраоперационной остановки кровотечений с последующей инсуффляцией анилодиовина повышает надежность гемостаза и снижает послеоперационную летальность.

- Новый метод эндоскопического лечения гастродуоденальных язв комбинированными эндоскопическими инсуффляциями гранулированных сорбентов направленного действия эффективен у больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью. Он приводит к быстрому стиханию клинических проявлений болезни, ускоряет сроки заживления пептических язв, уменьшает сроки госпитализации.

- Разработанная комплексная программа дает возможность улучшить результаты лечения гастродуоденальных кровотечений у больных с высокой степенью операционного риска. Использование новых эндоскопических и технологических приемов в комплексном лечении позволяет надежно остановить кровотечение, снизить риск рецидива геморрагии, сократить число экстренных операций, уменьшить летальность.

Внедрение основных положений работы в практику

Результаты исследований внедрены в работу Воронежского городского специализированного центра по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

Разработанные способы эндоскопического лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска, путем комбинированного сочетания диовина и диотевина (патент РФ на изобретение «Способ эндоскопического лечения гастродуоденальных язв» № 2532492), применения аниловина и анилодиовина (рац. предложения № 1409, 1419), используется в эндоскопическом и хирургических отделениях БУЗ ВО «ВГКБСМП №1».

Разработанный комплекс консервативных мероприятий по профилактике эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта включен в методические рекомендации у больных многопрофильного стационара (2012).

Материалы диссертации используются на лекциях и практических занятиях кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко.

Апробация работы

Основные положения диссертационного исследования доложены на: научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы» (Воронеж, 2010); заседаниях областного научно-практического общества хирургов (Воронеж, 2011, 2013); научно-практической конференции «Традиции и модернизация в службе крови: приоритеты – качество и безопасность» (Воронеж, 2012); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Воронеж, 2012); IX молодежном инновационном форуме (Воронеж, 2014); научно-практической конференции хирургов «Бурденковские чтения: современные технологии в хирургии» (Воронеж, 2014).

Публикации

По теме диссертации опубликованы 7 печатных работ, из которых 3 в журналах, рекомендованных ВАК РФ. Изданы методическое пособие для хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов и врачей многопрофильного стационара. Получен патент РФ на изобретение «Способ эндоскопического лечения гастродуоденальных язв» (№ 2532492).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 101 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы исследования, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Указатель литературы включает 163 источников отечественных и иностранных авторов. Текст иллюстрирован 11 таблицами и 6 рисунками.

Содержание работы

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 104 больных с повышенным операционным риском. Это были больные пожилого и старческого возраста, отягощённые выраженной сопутствующей патологией. Все они находились на лечении в хирургических отделениях БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» г. Воронежа по поводу острого гастродуоденального кровотечения.

Проведённый анализ показал, что в преклонном возрасте гастродуоденальные кровотечения чаще наблюдались у мужчин - 63 (60,6%) больных, у женщин в 1,5 раза реже – 41 (39,4%) больная. Возраст больных колебался от 60 до 93 лет и составил в среднем $72,06 \pm 0,90$ лет.

В зависимости от характера источника кровотечения больные распределились следующим образом:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 39 (37,5%) чел.;
- симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 60 (57,7%) чел.;
- пептические язвы гастроэнтероанастомоза – 3 (2,9%) чел.;
- синдром Меллори-Вейсса - 2 (1,9%) чел..

Говоря о гастродуоденальных язвах как источнике кровотечения, следует отметить, что в литературе нет единого мнения о наиболее частой локализации язв у лиц пожилого и старческого возраста. По данным наших исследований у 47 (47,5%) больных язвы локализовались в двенадцатиперстной кишке, у 52 (52,5%) больных – в желудке.

Характерной особенностью больных пожилого и старческого возраста, отягощённых сопутствующей патологией, длительно принимающих аспирин, НПВП, кортикостероиды и др., является наличие у них вторичных поражений

желудка и двенадцатиперстной кишки – симптоматических язв - порой трудно дифференцируемых с язвенной болезнью. В нашем исследовании они были выявлены у 60 (57,7%) больных. Чаще всего язвы локализовались в желудке без сочетания с активным гастритом и дуоденитом. Многочисленность симптоматических язв говорит об увеличении этой категории больных. В отличие от хронических острые язвы располагались на любой стенке органа.

Хронические рецидивирующие язвы, как правило, сочетались с активным гастритом или дуоденитом, у 12 больных помимо язвы имелись поверхностные изъязвления и эрозии, что потребовало дополнительного лечения.

У 9 (9,0%) больных отмечалось наличие сразу нескольких язвенных дефектов в желудке, а у 2 (2,0%) было выявлено сочетанное язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая периодичность обострений и ремиссий в пожилом возрасте-длительно протекающая язвенная болезнь (ДПЯБ) – была отмечена у 14 (14,1%) больных. Размеры язвенных дефектов у этой категории больных превышали 1,0 см, а у 3 (21,4%) из них обнаружили большие и гигантские язвы. Острое гастродуоденальное кровотечение у 5 (35,7%) больных этой группы сочетались со стенозом выходного отдела желудка и пенетрацией язвы. Появление у этой группы больных в пожилом возрасте признаков желудочно-кишечного кровотечения и других осложнений свидетельствует о переоценке возможности медикаментозного лечения язвенной болезни.

Согласно нашим исследованиям, чаще встречается вариант заболевания, когда язвенная болезнь возникает в пожилом и старческом возрасте (ЯБПВ) – у 25 (25,3%) чел. из 99 больных с гастродуоденальными язвами, осложнёнными кровотечением. При этом язвы желудочной локализации были отмечены у 12

(48,0%) из 25 больных с ЯБПВ, а у 13 (52%) больных язвенные дефекты локализовались в двенадцатиперстной кишке. Для этой формы язвенной болезни характерны небольшие размеры (чаще до 1 см) язвенных дефектов, а при их локализации в желудке более частое расположение в препилорическом отделе. У подавляющего большинства больных 22 (88%) чел. острое гастродуоденальное кровотечение было первым проявлением язвенной болезни пожилого возраста.

При проведении клинических исследований у больных пожилого и старческого возраста, отягощённых тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и поступивших с клиникой острого желудочно-кишечного кровотечения определяли степень тяжести операционного риска по классификации Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов.

До начала лечения всем больным с острым гастродуоденальным кровотечением производили неотложную фиброгастродуоденоскопию, во время которой определяли источник, тип и характер кровотечения.

Согласно эндоскопической классификации кровотечений (Y. Forrest, 1987) больные распределились следующим образом: FIA, FIB-13 (12,5 %) чел. (из них-7 больных основной группы, 6- группы сравнения), FIIA-16(15,4%), FIIB-23(22,1%) чел., т.е. FIIA, FIIB-39(37,5 %) чел. (из них 21 больных основной группы, 18 - группы сравнения), FIIC-52 (50 %) чел. (из них 25 больных основной группы, 27 - группы сравнения).

По классификации А.И. Горбашко (1988 г.) лёгкая степень кровопотери наблюдалась у 56 (53,6 %) чел., средняя степень - у 34 (32,7%) чел., тяжёлая степень тяжести кровотечения была у 14 (13,5 %) больных.

Все больные в зависимости от применяемого лечебного комплекса были разделены на две равнозначные группы: основную (53 чел.) и группу сравнения (51 чел.).

В лечении больных основной группы использовали комбинированный метод эндоскопического гемостаза: у больных с активным кровотечением (FIA, FIB) вначале применяли коагуляционный или инфильтрационный методы гемостаза, а затем для большей надёжности гемостаза с помощью пневмоинсуффлятора эндоскопически на область дефекта наносили биологически активный гранулированный сорбент аниловин, обладающий неспецифическим гемостатическим и анальгезирующими свойствами, в количестве 0,4 г. У больных с неустойчивым гемостазом (FIIA, FIIB) и с признаками остановившегося кровотечения (FIIC) применяли способ местной профилактики язвенных кровотечений путём нанесения на область дефекта аниловина в количестве 0,2 г во время проведения лечебной эндоскопии (рац. предложение № 1409). У больных с ЯБПВ при стабильно остановившемся кровотечении (с появлением на дне язвенного дефекта фибрина) был использован способ лечения гастродуоденальных язв, предусматривающий комбинированную инсуффляцию на дно дефекта диотевина 0,2 г с последующим нанесением на всю язву диовина 0,4 г во время лечебной эндоскопии (патент на изобретение №2532492). При наличии абсолютных показаний во время экстренной операции у больных основной группы при невозможности проведения резекции желудка или иссечения язвенного дефекта применялся способ интраоперационной остановки язвенного кровотечения. Способ заключался в следующем: во время операции после прошивания кровоточащего сосуда на область язвенного дефекта с помощью инсуффлятора наносился сухой порошок анилодиовина в количестве 0,5-1,0 г с расстояния 1,5-2,0 см от дефекта (рац. предложение № 1419).

В группе сравнения использовались общеизвестные методы эндоскопического гемостаза (диатермокоагуляция, обкалывание дефекта аминокaproновой кислотой, сосудосуживающими средствами и др.) без применения сорбентов и разработанных методик.

В остальном лечение обеих групп больных было одинаковым. В комплексном лечении все больные получали общую гемостатическую, противоязвенную, инфузионную, патогенетическую, симптоматическую терапии. Особенностью противоязвенного лечения было назначение всем больным ингибиторов протонной помпы (нексиум, омез) в виде в/в инфузий с последующим переходом на пероральный приём препаратов.

Больные основной группы и группы сравнения были сопоставимы по полу, возрасту, размером кровоточащего дефекта, тяжести кровотечения, сопутствующей патологии, продолжительности наблюдений.

Всем больным при появлении первых признаков гастродуоденального кровотечения производилась неотложная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Выполнялись и другие методы обследования: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, КТ-головного мозга, [Ph-метрия](#).

Для оценки тяжести состояния производили всем больным лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, состояние свертывающей системы крови, биохимия крови, производились морфологические и бактериологические исследования биопсийного материала.

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере (процессор Intel®Core™ i3) с операционной системой MicrosoftWindows® 7 с использованием программы MicrosoftExcel 2010 и системы статистического анализа данных Statistica 10,0 (StatSoft). Определялись параметры описательной статистики (среднее арифметическое -

M, стандартная ошибка среднего – m, среднеквадратическое отклонение - δ), критерии Стьюдента (t), Колмогорова – Смирнова, и критерия Манна-Уитни. Различия значений показателей считались значимыми при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Для сравнения результатов до и после лечения использовался непараметрический критерий Уилкоксона. Для сравнения результатов лечения в основной группе и группе сравнения использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты исследований и их обсуждение

Работа основана на анализе результатов клинических наблюдений, обоснования и лечения 104 больных с острым гастродуоденальным кровотечением, находящихся на лечении в хирургических отделениях ГК БСМП №1. Это были пациенты пожилого и старческого возраста, отягощённые выраженной сопутствующей патологией с высокой степенью операционного риска. 53 больных составили основную группу, им проводилось лечение по разработанной программе с местным применением в том числе биологически активных гранулированных сорбентов нового поколения. 51 больному, составившему группу сравнения, лечение проводили с применением известных традиционных методов.

В основной группе больных у 7 человек имелись признаки продолжающегося кровотечения (FIA-FIB), у 21 больного на дне язвенных дефектов определялись тромбированные сосуды или язвенная ниша была прикрыта сгустком (FIIA-FIIB), что является признаком неустойчивого гемостаза и предполагает возможность возобновления кровотечения. 25 больных были с признаками состоявшегося кровотечения (FIIC), у них на дне дефектов определялся гематин. В этой основной группе больных одновременно с лечением гемостатическими средствами, ингибиторами

протонной помпы, переливанием компонентов крови, эндоскопическими методами гемостаза использовали инсуффляции биологически активных гранулированных сорбентов нового поколения: у больных с типом кровотечения FIA – FIB после эндоскопической остановки кровотечения традиционными методами для большей надёжности первичного гемостаза на область дефекта наносим аниловин, обладающий многокомпонентным и, прежде всего, неспецифическим гемостатическим действием; у больных с кровотечением типа FIIA – FIIB производили эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения путём нанесения аниловина, который после его инсуффляции набухал, превращался в крупнозернистый гель и как «защитная повязка» устранял риск лизиса тромба или сгустка под воздействием соляной кислоты и пепсина; у больных с признаками стабильно остановившегося кровотечения (на дне фибрин) применяли комбинированное местное лечение гранулированными сорбентами по разработанной методике.

Круглосуточные дежурства врачей эндоскопического отделения ВГКБСМП № 1 позволили внедрить метод эндоскопического мониторинга, когда повторная ФГДС проводится в течение 12 часов после первичного осмотра всем больным, подвергшимся лечебной (FIA, FIB) и диагностической эндоскопии, у которых имелись признаки неустойчивого гемостаза (FIIA, FIIB). Обязательным условием у больных основной группы было проведение эндоскопической профилактики рецидива кровотечения с нанесением аниловина. Последующее местное лечение гранулированными сорбентами у больных со стабильно остановившимся кровотечением проводили 1 раз в 3-4 дня. Таким образом, каждому больному основной группы было проведено в среднем по 3 лечебные эндоскопии.

В группе сравнения больных с продолжающимся кровотечением (FIA,FIB) было 6 человек, с кровотечением типа FIIA-FIIB - 18 человек и с

состоявшимся кровотечением (ГПС) – 27 человек. У больных группы сравнения применяли общеизвестные методы эндоскопического гемостаза без сорбентов.

Клинически наблюдения показали, что в основной группе у больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью (14 чел.) по сравнению с группой сравнения (11 чел) значительно раньше наступала клиническая и эндоскопическая ремиссия заболевания. Болевой и диспептический синдромы у всех больных основной группы купировались в течение первых двух суток. Очищение язвенных дефектов в основной группе происходило на 3-5 сутки эндоскопического лечения, достаточно было одной – двум лечебным эндоскопическим инфузиями в комбинации с диотевином, чтобы дно язвенных дефектов очистилось от фибринозно – некротических масс. Это объясняется тем, что в состав диотевина кроме антисептика входит протеолитический фермент, который и способствует быстрому очищению язв.

Сроки заживления гастродуоденальных язв в основной группе составили $9,79 \pm 0,74$ дня, а время пребывания в стационаре $7,93 \pm 0,43$ койко/дня.

В группе сравнения болевой и диспептический синдромы отмечались до 7-8 дней и полностью исчезали к моменту заживления язв. Сроки очищения язвенных дефектов в группе сравнения составили 7-9 дней, сроки заживления язв – $14,36 \pm 1,3$ дня, время пребывания в стационаре – $11,45 \pm 1,37$ койко/дня.

При оценке эффективности лечения всех больных с гастродуоденальным кровотечением было отмечено, что в основной группе больных окончательный гемостаз был достигнут у 50 из 53 (94,4%) больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 3 из 53 (5,6%) больных. У больной Д. 65 лет, с кровотечением из острой язвы желудка местный гемостаз был осуществлен инъекционным

эндоскопическим методом. Но уже через день вследствие непродолжительного гемостатического эффекта у больной возникло повторное кровотечение. Оно было остановлено усовершенствованным способом комбинированного эндоскопического гемостаза: паравазальной коагуляцией с последующей инсуффляцией на язвенный дефект аниловина. Кровотечение больше не возобновлялось, что позволило избежать у больной Д. 69 лет, хирургического вмешательства.

У другого больного А., страдающего раком гортани и язвенным желудочно-кишечным кровотечением, на 9-й день после эндогемостаза одним аниловином возникло повторное кровотечение. Оно было остановлено эндоскопическим способом. Но, в связи с неуверенностью в гемостазе, принято решение произвести срочную операцию: больному был применен разработанный интраоперационный способ остановки кровотечения с прошиванием сосуда в язве и последующей инсуффляцией анилодиовина. Послеоперационный период протекал гладко, без рецидива кровотечения. Больной выписался с улучшением под наблюдение хирурга и онколога. Третий рецидив кровотечения наблюдался у больного Д., страдающего онкологическими заболеваниями (высокодифференцированная аденокарцинома ободочной кишки и папиллярная аденома правой почки) и тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью, поступившего в хирургическое отделение с клиникой кровотечения из хронической язвы луковицы двенадцатиперстной кишки больших размеров. На 5 день после эндогемостаза аниловином у больного возник рецидив кровотечения. На операции – пенетрирующая язва 2,4 см в диаметре луковицы двенадцатиперстной кишки. Учитывая высокую степень операционного риска, больному произведено прошивание кровоточащего сосуда в язве по разработанной методике. Послеоперационный период протекал без рецидива

кровотечения, но осложнялся двухсторонней полисегментарной пневмонией с последующим летальным исходом.

В основной группе умер также больной М., у которого после 2 курсов химиотерапии появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения из острых симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение было остановлено разработанным комбинированным способом эндоскопического гемостаза без оперативного вмешательства. Но в последующем больной умер от основного онкологического заболевания (рак гортани), осложненного печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточностью на фоне анемии.

В группе сравнения окончательный гемостаз был достигнут у 46 из 51 (90,2%) больного. Кровотечение возобновилось у 5 (9,8%) человек. Неотложные операции были произведены у 5 из 51 (9,8%) больных, умерло 3 (5,9%) больных.

Результаты лечения двух групп больных с гастродуоденальными кровотечениями представлены в таблице.

Как видно из таблицы, применение биологически активных гранулированных сорбентов нового поколения в комплексном эндоскопическом и интраоперационном лечении кровоточащих язв является эффективным для достижения гемостаза у больных повышенного операционного риска.

Сравнительная эффективность лечения гастродуоденальных кровотечений
в основной группе и группе сравнения

Показатель эффективност и лечения	Окончательный гемостаз		Возобновление кровотечения		Экстренная операция		Летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа больных								
Основная группа	50	94,4	3	5,6	2	3,8	2	3,8
Группа сравнения	46	90,2	5	9,8	5	9,8	3	5,9

Таким образом, разработанная методика лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска с использованием аниловина для надежности эндоскопического гемостаза сокращает количество неотложных операций в 2,5 раза по сравнению с группой сравнения, главным образом, за счет сокращения числа больных с рецидивом кровотечения. Являясь способом эндоскопического гемостаза, местное лечение аниловином способствует также и заживлению язвенных дефектов, поэтому его назначение особенно целесообразно у больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью у пациентов с повышенной степенью

операционного риска. Внедрение в клиническую практику интраоперационного способа остановки кровотечения с прошиванием кровоточащего сосуда в язве и последующей инсуффляцией аниловина привело к снижению послеоперационной летальности.

Выводы

- Использование аниловина для местной остановки гастродуоденальных кровотечений повышает эффективность эндоскопических методов лечения и позволяет добиться окончательного гемостаза у больных с повышенным операционным риском в 94,4% случаев.
- У больных с высокой степенью операционного риска оправдан поиск менее травматичных операционных вмешательств. Разработанный метод интраоперационного гемостаза путём прошивания кровоточащего сосуда в язве с последующей инсуффляцией анилодиовина повышает надёжность гемостаза и снижает послеоперационную летальность в 3 раза.
- Использование у больных пожилого и старческого возраста с поздно возникшей язвенной болезнью комбинированных эндоскопических инсуффляций диотевина и диовина ускоряет снятие болевого синдрома, сокращает время очищения и заживления гастродуоденальных язв, уменьшает сроки пребывания в стационаре.
- Предложенная методика комплексного лечения гастродуоденальных кровотечений у больных с повышенным операционным риском позволяет сократить частоту рецидивов кровотечения в 1,7 раза, уменьшить количество экстренных операций в 2,5 раза, снизить общую летальность в 1,6 раз.

Практические рекомендации

- В программу комплексного лечения больных пожилого и старческого возраста с острыми гастродуоденальными кровотечениями следует обязательно включать способ эндоскопической инфузии биологически активного гранулированного сорбента.
- При выборе гранулированного сорбента для эндоскопического гемостаза предпочтение следует для эндоскопического гемостаза предпочтение следует отдавать отечественному аниловину (современное название - асептисорб), обладающему гемостатическим, анальгезирующим, цитопротекторным действием.
- Попытка эндоскопической остановки кровотечения должна производиться во всех случаях. Выбор способа эндогемостаза должен соответствовать типу кровотечения. У больных с активным кровотечением (FIA, FIB) вначале следует применить аргоноплазменную или электрокоагуляцию, или инфльтрационный метод, а затем для большей надежности первичного гемостаза на область дефекта необходимо нанести анилавин 0,4 г с помощью инфулятора. При кровотечении типа FIIA, FIIB эндоскопический гемостаз можно производить пневмоинфузией одного аниловина, но можно и комбинировать его, например, с предшествующей аргоноплазменной коагуляцией. У больных с типом геморрагии FIC лечебную эндоскопию проводят только одним аниловином 0,2г.
- У больных с язвенной болезнью пожилого возраста (ЯБПВ) со стабильно остановившемся кровотечением (с появлением на дне язвы фибрина) следует использовать комбинированную пневмоинфузию двух сорбентов: на дно язвы наносится диатевин 0,2 г, а на всю язву- диовин 0,4 г.
- При наличии абсолютных показаний во время проведения экстренного хирургического вмешательства проводить органосохраняющие операции со стволовой ваготомией. При невозможности иссечения дуоденальной язвы следует применить прошивание кровоточащего сосуда в язве с последующей

обязательной инсуффляцией на область дефекта сухого порошка анилодиотевина 0,5- 1,0 г с расстояния 1,5- 2,0 см от дефекта.

- Все внутрисветные лечебные эндоскопии с применением аниловина, анилодиовина должны сочетаться с комплексной гемостатической, противоязвенной, патогенетической, симптоматической терапии.

Список научных работ, опубликованных по материалам диссертации

- Экспериментальное обоснование способа лечения гастро-дуоденальных язв / Е.Ф. Чередников, А.В. Попов, О.Г.Деряева, В.В.Адианов, И.Ф. Овчинников //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии», посвященной 80-летию профессора В.И. Булынина. – Воронеж, 2012. – С.72-74.
- Лабораторная диагностика нарушений системы гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях / Е.Ф. Чередников, А.В. Попов, О.Г.Деряева, М.А Кашурникова, В.В. Адианов, И.Ф. Овчинников // Традиции и модернизация в службе крови: приоритеты – качество и безопасность: методические рекомендации. – Воронеж, 2012. – С. 675-680.
- Профилактика эрозивно-язвенных кровотечений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта многопрофильного стационара методические рекомендации/ Е.Ф. Чередников, Г.И. Зимарин, А.А. Купцов, Е.Е. Чередников, М.А. Кашурникова, В.В. Адианов, А.В. Попов. –Воронеж, 2012.-21 с.
- Лечение больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в условиях работы специализированного центра / Е.Ф.Чередников, А.В. Попов, О.Г. Деряева, М.А. Кашурникова, В.В. Адианов, И.Ф.Овчинников // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т5, №4. – С. 699-704.

- **Современные направления профилактики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями в условиях центра / Е.Ф.Чередников, О.Г. Деряева, В.В. Адианов, И.Ф. Овчинников, Арт.В.Попов// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 3, № 2. – С. 426-430.**
- **Адианов В.В. Оптимизация лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска/ В.В. Адианов, Е.Ф. Чередников// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.- 2014.- Т.13 ,№4.-С. 841- 846**
- **Адианов В.В. Гастродуоденальные кровотечения у больных пожилого и старческого возраста. Алгоритм лечебной тактики/ В.В. Адианов, Е.Е. Чередников// Молодежный Инновационный Вестник.- 2014.- С. 193.**

Патент на изобретение и рационализаторские предложения

- **Патент на изобретение № 2532492, Российская Федерация. «Способ эндоскопического лечения гастродуоденальных язв». – Е.Ф. Чередников, А.В. Попов, О.Г. Деряева, М.А. Кашурникова, В.В. Адианов, И.Ф. Овчинников, Арт. В. Попов; - Воронеж. гос. мед. академия им. Н.Н. Бурденко. - № 2013103598; заявл. 28.01.2013; опубл. бюл. № 31.**
- **Рац. предложение. Министерство здравоохранения РФ. № 1409. Способ местной профилактики эрозивно-язвенных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта/В.В Адианов. А.В. Попов, Е.Ф, Чередников; опубл. 24.02.2014.**
- **Рац.предложение. Министерство здравоохранения РФ. № 1419. Способ интраоперационной остановки гастродуоденального кровотечения/ В.В. Адианов, Е.Ф. Чередников; опубл. 30.06.2014.**

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>

