

На правах рукописи



СЕРГАЦКИЙ Константин Игоревич

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ
ЯЗВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Специальность 14.01.17 – Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ПЕНЗА 2010

Диссертация выполнена в ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет» на кафедре «Хирургия».

Научный руководитель: доктор медицинских наук
НИКОЛЬСКИЙ Валерий Исаакович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
ВЛАСОВ Алексей Петрович;
доктор медицинских наук, доцент
ИВАЧЕВ Александр Семенович

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Саратовский
государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского Росздрава»

Защита состоится «_16_» декабря 2010 г. в _13_ часов на заседании диссертационного совета ДМ 212.186.07 в ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет» по адресу: 440026, г. Пенза, ул. Красная, 40.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет» и на сайте университета www.pnzgu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор



О. В. Калмин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Лечение пациентов с кровотечением из острых симптоматических язв гастродуоденальной области, несмотря на внедрение в клиническую практику новых медикаментозных, эндоскопических, оперативных методов лечения, остается сложной и актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии (Лебедев Н. В. и соавт., 2009).

Актуальность проблемы подтверждается несколькими факторами.

Частота образования острых язв находится на высоком уровне. Так, при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) больным, перенесшим травматичные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, острые эрозии и язвы слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) обнаруживают в 63 % (Скрябин О. Н. и соавт., 2009), в то же время у больных с тяжелой соматической патологией частота образования острых язв достигает, по разным данным, от 40 до 100 %.

В последнее десятилетие отмечается увеличение частоты возникновения острых гастродуоденальных язв в структуре желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) (Михайлов А. П. и соавт., 2004; Залесова В. Г., 2007; Абуладзе И. О. и соавт., 2009), что, видимо, связано с улучшением диагностики, возрастанием тяжести стрессовых факторов и количества людей старших возрастных групп.

Летальность от осложнений острых язв достигает колоссальной цифры – 75 % (Серова Л. С. и соавт., 1996; Стойко Ю. М., 2002; Грубник В. В. и соавт., 2003; Кобиашвили М. Г. и соавт., 2003; Гельфанд Б. Р. и соавт., 2003; Абуладзе И. О., 2009; Backer H. D. et al., 1990; Lewis J. D. et al., 2005).

Единая тактика ведения больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, отсутствует (Абуладзе И. О., 2009, Stollman N., Metz D. C., 2005).

Таким образом, вопросы лечения пациентов с острыми язвами, осложненными кровотечением, весьма актуальны, а результаты лечения таких больных нельзя считать вполне удовлетворительными.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, путем определения оптимальных методов профилактики рецидива кровотечения, разработки лечебно-диагностического алгоритма, основанного на выделении факторов риска повторного кровотечения, оптимизации способов хирургических вмешательств.

Задачи исследования:

1. Провести анализ результатов лечения больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, на основании существующих лечебно-диагностических алгоритмов.

2. Изучить эффективность существующих методов консервативной терапии. Разработать и внедрить в клиническую практику терапию антиоксидантом (мексидолом), направленную на профилактику рецидива кровотечения, в комплексном консервативном лечении больных с острыми гастродуоденальными язвами.

3. Разработать и внедрить в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм для больных с острыми кровоточащими язвами гастродуоденальной области. Провести анализ результатов лечения пациентов на основе разработанного алгоритма.

4. Разработать оптимальный внебрюшинный доступ к блуждающему нерву с целью выполнения стволовой ваготомии.

Научная новизна. Разработан и внедрен в практику лечебно-диагностический алгоритм, основанный на оценке факторов риска рецидива кровотечения у больных с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки для отбора пациентов на превентивное оперативное лечение.

Выявлена низкая эффективность антисекреторной терапии для предотвращения рецидива кровотечения из острых симптоматических язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Установлено, что достигнутое в процессе лечения анацидное состояние у больных с острыми кровоточащими гастродуоденальными язвами не гарантирует от рецидива геморрагии.

Впервые в комплексном консервативном лечении острых гастродуоденальных язв, осложненных развитием кровотечения, с целью профилактики рецидива кровотечения применена антиоксидантная терапия мексидолом.

Экспериментально разработан и внедрен в клиническую практику внебрюшинный доступ к блуждающему нерву с целью выполнения стволовой ваготомии (патент РФ на изобретение № 2357683).

Практическая значимость работы. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на выявлении пациентов с высоким риском рецидива кровотечения для выполнения у них превентивного оперативного вмешательства, позволил выбрать оптимальную тактику лечения больных с кровотечением из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выявлены факторы риска развития рецидива кровотечения из острых язв, которые позволили определить показания к превентивной операции для предотвращения рецидива геморрагии.

Разработана оптимальная консервативная терапия, направленная на профилактику рецидива кровотечения из острых язв, основанная на сочетании антиоксиданта мексидола и комбинированной антисекреторной терапии.

Экспериментально обоснован и внедрен в практику внебрюшинный доступ к блуждающему нерву с целью выполнения стволовой ваготомии, позволяющий снизить травматичность выполнения операции, исключить манипуляции при спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости, уменьшить техническую сложность выполнения операции и сократить ее длительность.

Положения, выносимые на защиту:

1. Использование предлагаемого лечебно-диагностического алгоритма, включающего комплексную комбинированную консервативную терапию, оценку факторов риска рецидива кровотечения и выбор оптимального времени и объема хирургического вмешательства, позволяет улучшить результаты лечения больных с острыми кровоточащими гастродуоденальными язвами.

2. При повторных операциях на брюшной полости и наличии спаечного процесса при необходимости стволовой ваготомии целесообразно выполнение внебрюшинного доступа к блуждающему нерву.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы хирургических отделений ГУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», МУЗ «Ульяновская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», ГУЗ «Ульяновская областная больница № 2», ММУ «Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова» городского округа Самара. Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе на кафедре хирургии Медицинского института Пензенского государственного университета, на кафедре госпитальной хирургии медицинского факультета и на факультете постдипломного образования Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета.

Апробация работы. Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на межрегиональной научной конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования» (Пенза, 2007), II межрегиональной научной конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования» (Пенза, 2009), межрегиональной научно-практической конференции «День хирурга: ошибки и осложнения при хирургическом лечении гастродуоденальных кровотечений» (Сызрань, 2009), XIV межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных» (Пенза, 2009), заседании научно-практического общества хирургов Пензенской области им. С. В. Кульнева (Пенза, 2010).

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 16 работ, в том числе одна монография, три статьи в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ. Получен патент на изобретение № 2357683 «Способ внебрюшинной ваготомии» от 24 марта 2008 г.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 138 страницах машинописного текста и состоит из введения, шести глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 22 рисунками и 19 таблицами. Список литературы включает 188 источников, из которых 143 отечественных и 45 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Экспериментальное исследование

Материалы и методы

Материалом для выполнения экспериментальной части исследования послужили девять нефиксированных человеческих трупов второго периода зрелости возраста (36–60 лет) – два астенического, пять нормостенического и два гиперстенического типов телосложения, у которых было выполнено 18 доступов к блуждающему нерву (по два доступа на каждом).

Оценку параметров операционной раны проводили по методике А. Ю. Созон-Ярошевича (1954). Определяли глубину раны, угол операционного действия и угол наклона оси операционного действия.

Результаты и обсуждение экспериментального исследования

В результате экспериментального исследования был разработан и научно обоснован внебрюшинный доступ к блуждающему нерву с целью выполнения стволовой ваготомии (патент РФ на изобретение № 2357683) из срединного и левого подреберного разрезов на передней брюшной стенке. Попытки внебрюшинного доступа к блуждающему нерву с использованием миниинвазивных технологий (аппарат Прудкова, эндоскопическая техника) успехом не увенчались.

Внебрюшинный доступ осуществляли следующим образом: выполняли кожный разрез (срединный – от мечевидного отростка грудины до пупочного кольца; левый подреберный – от мечевидного отростка грудины параллельно и ниже левой реберной дуги на 2 см длиной 12 см), послойно рассекали подлежащие слои брюшной стенки, доходя до париетального листка брюшины. Тупым путем отделяли париетальную брюшину от левого купола диафрагмы. Обнаруживали пищеводное

отверстие в диафрагме, обследовали дистальные отделы пищевода, находили стволы вагуса, которые иссекали.

Параметры хирургического доступа к блуждающему нерву при выполнении внебрюшинной ваготомии из левого подреберного разреза на передней брюшной стенке выгодно отличались от таковых, нежели при срединном разрезе. Однако операция при кровоточащей гастродуоденальной язве диктует необходимость выполнения внутрибрюшного этапа, направленного на достижение гемостаза, выполняемого через верхнесрединную лапаротомию. В то же время параметры операционной раны, полученные при выполнении внебрюшинного доступа через срединный разрез на передней брюшной стенке, и срединного трансабдоминального доступа к блуждающему нерву существенно не различались. Следовательно, целесообразно выполнение внебрюшинного доступа к блуждающему нерву с использованием имеющейся верхнесрединной лапаротомной раны.

Внебрюшинный доступ к блуждающему нерву и способ внебрюшинной ваготомии позволяет снизить травматичность выполнения операции, предотвращая, например, возможность повреждения капсулы селезенки, исключает манипуляции в зоне абдоминальной части пищевода при спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости при повторных операциях, что позволяет уменьшить техническую сложность выполнения вмешательства и сократить длительность процедуры.

Клинические исследования

Материалы и методы

За период с 2003 по август 2010 г. включительно наблюдали 123 пациента с острыми гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Из них было 89 мужчин (72,4 %) и 34 женщины (27,6 %). Среди больных преобладали пациенты трудоспособного возраста – 65,0 % ($n = 80$), при этом острые гастродуоденальные язвы, осложненные развитием кровотечения, встречались чаще у мужчин – 72,4 % ($n = 89$). Наиболее часто острые кровоточащие гастродуоденальные язвы возникали при заболеваниях сердечно-сосудистой системы – 37 (30,1 %). Реже встречались острые язвы слизистой желудка и ДПК при гнойно-воспалительных заболеваниях – 26 (21,2 %) и острые язвы, вызванные приемом ulcerогенных лекарственных средств или алкоголя, – 22 (17,9 %).

ФЭГДС в динамике проводили через 24, 48 и 72 ч, а также в экстренном порядке при любом подозрении на наличие рецидива кровотечения.

81 больному (65,6 %) с остановившимся кровотечением из острой язвы гастродуоденальной зоны (или пациентам, гемостаз у которых был достигнут во время выполнения первичной ФЭГДС) на вторые, третьи, четвертые и пятые сутки после начала консервативной терапии

выполняли исследование кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии по экспресс-методике прибором «АГМ-03».

При статистической обработке данных применяли критерии Стьюдента, Вилкоксона, Манна–Уитни, точный двухсторонний критерий Фишера, критерий Мак–Нимара, поправку Бонферрони. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Распределение больных в зависимости от применяемого лечебно-диагностического алгоритма

Для сравнительного анализа были сформированы две группы больных, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести кровопотери.

Контрольную группу составили 55 (44,7 %) пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2003 по 2007 г. В этой группе больных был использован лечебно-диагностический алгоритм, разработанный ранее для пациентов с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненной кровотечением (Никольский В. И. и соавт., 2007, 2008). В основе данного лечебно-диагностического алгоритма лежит распределение пациентов на три группы в зависимости от степени тяжести кровопотери. Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения данных больных.

При лечении основной группы больных, госпитализированных с 2008 по 2010 г. включительно (68–55,3 %) был использован специально разработанный лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с острыми кровоточащими язвами желудка и ДПК.

Согласно данному алгоритму, всем больным с клиникой кровотечения из верхних отделов ЖКТ выполняли ФЭГДС. При обнаружении продолжающегося кровотечения из острой язвы желудка или ДПК предпринимали попытку эндоскопического гемостаза. При неэффективности инициального эндогемостаза больного оперировали в экстренном порядке. После остановки кровотечения эндоскопически, так же как и при остановившемся самостоятельно кровотечением из острой язвы на момент осмотра, больному проводили консервативную терапию. Этим пациентам осуществляли оценку факторов риска рецидива кровотечения для решения вопроса о выполнении превентивного оперативного пособия, направленного на предотвращение повторной геморрагии. Появление признаков рецидива кровотечения у больных, находящихся в стационаре, служило показанием к проведению операции в экстренном порядке.

Обоснование факторов риска рецидива кровотечения у больных с острыми гастродуоденальными язвами

Были выделены следующие факторы риска рецидива геморрагии у больных после самопроизвольной либо эндоскопической остановки кровотечения:

1. Диаметр острой кровоточащей гастродуоденальной язвы – более 8 мм. При таком размере острой язвы абсолютный риск рецидива кровотечения резко возрастает почти в четыре раза и составляет 12,2 %.

2. Множественность поражения слизистой желудка и ДПК. Установлено, что абсолютный риск повторной геморрагии на 15,5 % больше у больных с множественным поражением слизистой оболочки желудка и ДПК, нежели у больных с одиночными острыми язвами ($p = 0,005$).

3. Локализация кровоточащей острой язвы в области «сосудистой дорожки» желудка (зона желудка шириной до 2 см, по передней и по задней его стенкам параллельно малой кривизне в 3–4 см от нее) или на задней стенке ДПК. Абсолютный риск повторной геморрагии на 17 % больше у больных с расположением острой кровоточащей язвы в области «сосудистой дорожки» желудка и задней стенки ДПК, чем у пациентов с прочей локализацией острой язвы ($p = 0,001$).

4. Значение рН желудочного содержимого. Абсолютный риск рецидива кровотечения из острой язвы гастродуоденальной зоны на 59,3 % больше у больных при уровне интрагастрального рН < 4 ($p = 0,001$).

Также было установлено, что при наличии трех и более факторов риска рецидива кровотечения из острых язв гастродуоденальной зоны вероятность развития повторной геморрагии резко возрастает с 2,1 до 26,7 % ($p = 0,01$).

На основании проведенного исследования показания к превентивному оперативному вмешательству выставляли при наличии у пациента трех и более факторов риска повторной геморрагии.

Распределение больных в зависимости от проводимой консервативной терапии, направленной на профилактику рецидива кровотечения

Больные с острыми гастродуоденальными язвами, получавшие консервативную терапию, направленную на профилактику рецидива кровотечения (119–96,7 %), были разделены на три группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести кровопотери:

– первая группа (51–42,9 %) – пациенты получали H₂-блокатор гистаминовых рецепторов квамател 40 мг в/в болюсно с последующей инфузией по 20 мг два раза в сутки.

– вторая группа (45–37,8 %) – пациенты получали H₂-блокатор квамател в той же дозировке, что и больные первой группы, и ингибитор протонной помпы – лосек 40 мг в/в капельно;

– третья группа (23–19,3 %) – пациенты получали антисекреторные препараты в аналогичных дозировках. Дополнительно данной группе больных назначали синтетический антиоксидант мексидол в дозировке 4 мл (200 мг) в/в капельно два раза в день.

Результаты и обсуждение клинических исследований

Эффективность консервативной терапии для профилактики рецидива кровотечения у больных с острыми язвами

Для оценки эффективности проводимой консервативной терапии учитывали данные рН (potencia hydrogenium – сила водорода) желудка со вторых по пятые сутки от начала лечения (рис. 1), а также факт рецидива кровотечения.

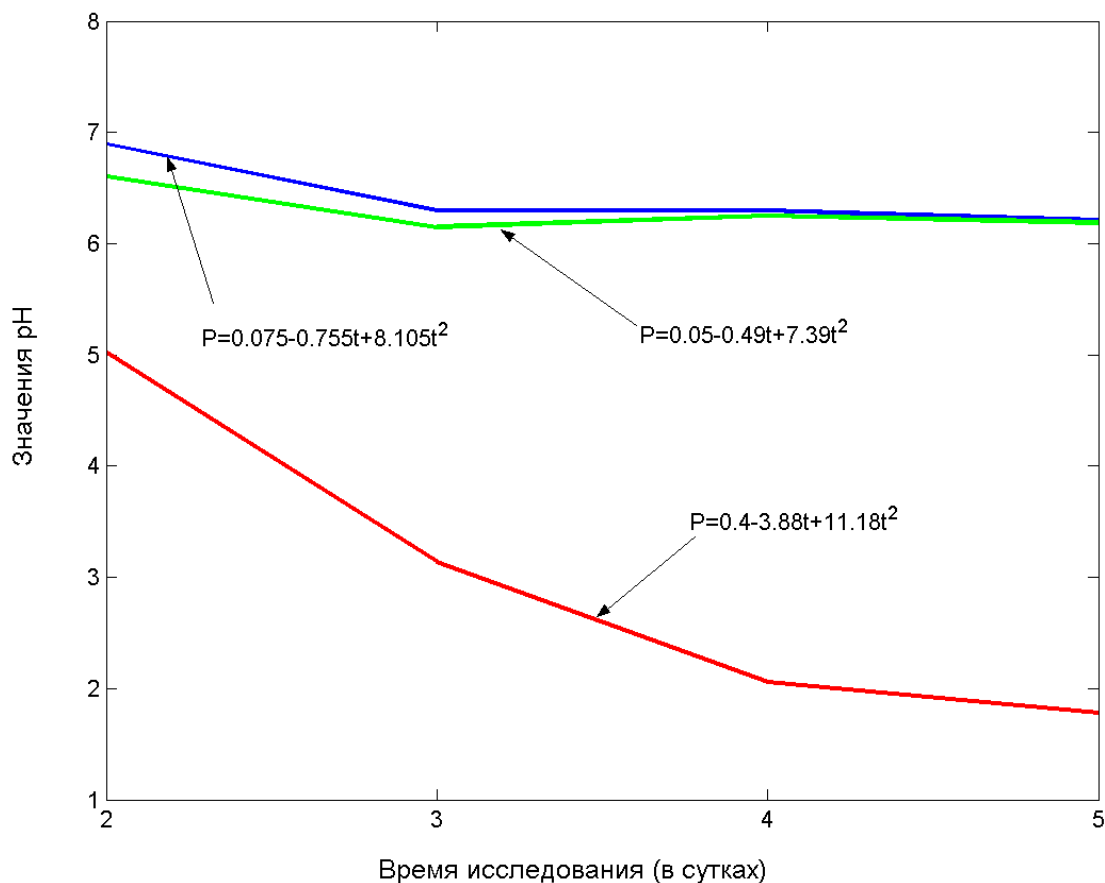


Рис. 1. Изменение уровня внутрижелудочного рН в трех группах больных: линии соответствуют аппроксимированным полиномом второй степени функции значениям рН, характеризующим осредненные значения кислотности в процессе лечения (2–5 сут); красным цветом изображена линия динамики рН у первой, зеленым – у второй, синим – у третьей группы больных

У первой группы пациентов, начиная со вторых суток лечения, рН желудочного содержимого прогрессивно понижалась с 5 до 1,8. Факт рецидива геморрагии был зафиксирован в пяти наблюдениях (9,8 %). Во всех случаях повторное кровотечение возникало на третьи сутки от начала фармакотерапии.

Несмотря на установленное у больных второй группы анацидное состояние, которое достигалось использованием комбинации антисекреторных препаратов, рецидив кровотечения возник в четырех случаях (8,9 %). В трех наблюдениях рецидив геморрагии зафиксирован на третьи сутки, в одном – на четвертые сутки с момента начала фармакотерапии.

Результаты исследования внутрижелудочного рН у пациентов третьей группы на вторые, третьи, четвертые и пятые сутки от момента начала консервативного лечения существенно не отличались от таковых у больных второй группы. В третьей группе больных рецидив геморрагии зафиксирован в одном случае (4,4 %). Повторное кровотечение произошло в первые сутки с момента начала консервативной терапии.

В первой группе пациентов абсолютный риск рецидива кровотечения составил 9,8 %, во второй – 8,9 %. В третьей группе больных абсолютный риск повторной геморрагии равен 4,4 %, что более чем в два раза ниже такового у пациентов первой и второй групп ($p = 0,002$ и $p = 0,001$ соответственно).

Эффективность лечебно-диагностического алгоритма и хирургического лечения у больных с острыми язвами, осложненными кровотечениями

Из 123 больных с острыми язвами желудка и ДПК, осложненными кровотечениями, оперировано 22 человека, которым выполнено 26 операций.

В контрольной группе выполнено восемь операций. Из них семь – по экстренным показаниям и одно – превентивное вмешательство при высоком риске рецидива геморрагии.

В основной группе было выполнено 18 операций. В 12 случаях выполнены превентивные, направленные на предотвращение рецидива кровотечения, хирургические вмешательства, предпринятые в связи с высоким риском повторной геморрагии. Остальным шести пациентам операции выполнены в экстренном порядке. Таким образом, большинство оперированных больных основной группы (12–66 %) – это пациенты с остановившейся самостоятельно или с помощью эндоскопического гемостаза геморрагией, при выявлении у которых трех и более факторов риска возникновения рецидива кровотечения, были предприняты превентивные операции.

Прошивание кровоточащей острой язвы желудка или ДПК было выполнено 16 больным (61,5 %). В контрольной группе прошивание острой язвы проведено в семи (87,5 %), в основной – в девяти (50 %) случаях.

Прошивание кровоточащей острой язвы и стволовая ваготомия предприняты в пяти случаях (19,2 %). В основной группе данное оперативное пособие выполнено в четырех наблюдениях (22,2 %). В контрольной группе такая операция выполнена единожды (12,5 %).

Иссечение острой кровоточащей язвы в основной группе было выполнено в двух случаях (11,1 %).

Резекция желудка в основной группе больных была выполнена трем пациентам (16,7 %). Резекцию выполняли при рецидивном кровотечении после предшествующей органосохраняющей операции на фоне рН менее 3. В контрольной группе резекцию желудка и иссечение язвы не использовали.

При выполнении стволовой ваготомии у пациентов основной группы в четырех случаях пересечение стволов блуждающего нерва выполняли с использованием элементов разработанного внебрюшинного хирургического доступа к вагусу. Выбор данного способа ваготомии был обусловлен выявленным во время операции выраженным спаечным процессом верхнего отдела живота.

Сравнительная простота и переносимость больными делают паллиативные операции наиболее оправданными, если учитывать тяжесть состояния пациентов, объем кровопотери, возраст, тяжесть основной патологии, на фоне которой и возникают острые кровоточащие язвы гастродуоденальной области. Это подтверждается тем, что установлено достоверное снижение послеоперационной летальности у больных после проведения прошивания язвы или после прошивания язвы со стволовой ваготомией по сравнению с пациентами после перенесенного иссечения язвы либо после резекции желудка ($p = 0,0005$).

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у шести больных (23,1 %).

В контрольной группе больных после выполнения восьми оперативных пособий наблюдали два послеоперационных осложнения, что составило 25 %.

У 68 пациентов основной группы после выполнения 18 оперативных вмешательств выявлено четыре осложнения, что составило 22,2 %.

После операций умерло четверо больных (18,2 %).

В контрольной группе больных послеоперационная летальность составила 28,6 %, а в основной – 13,3 %. Таким образом, разница послеоперационной летальности между основной и контрольной группами составила 15,3 % ($p = 0,01$). Несмотря на расширение показаний к операции у пациентов основной группы, при ведении которых применяли разработанный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на

выделении больных с высоким риском рецидива кровотечения для проведения у них превентивного вмешательства, увеличения послеоперационной летальности не отмечено.

Общая летальность в контрольной группе больных составила 9,1 %, в основной группе пациентов – 7,4 %. Снижение общей летальности у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной ($p = 0,001$), свидетельствует об эффективности предложенного для больных с острыми кровоточащими гастродуоденальными язвами лечебно-диагностического алгоритма, направленного на выделение пациентов с высоким риском развития рецидива кровотечения для проведения у них превентивной операции.

Выводы

1. Использование при острых кровоточащих гастродуоденальных язвах существующего лечебно-диагностического алгоритма, разработанного для больных с кровотечением при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождается общей летальностью 9,1 % и послеоперационной летальностью 28,6 %.

2. Антисекреторная терапия, направленная на предупреждение рецидива кровотечения у больных с острыми язвами гастродуоденальной области, сопровождается абсолютным риском повторного кровотечения в 8,9–9,8 % случаев. Применение в составе комплексной консервативной терапии, направленной на профилактику рецидива кровотечения из острых гастродуоденальных язв, антиоксиданта мексидола позволяет снизить абсолютный риск повторных кровотечений до 4,4 %.

3. Разработанный и внедренный в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с острыми кровоточащими язвами, заключающийся в выделении на основании оценки факторов риска больных с прогнозируемым высоким риском рецидива кровотечения, для выполнения превентивной операции, направленной на предотвращение повторной геморрагии, позволяет снизить общую летальность с 9,1 до 7,4 %, а послеоперационную летальность с 28,6 до 13,3 %.

4. При необходимости проведения ваготомии у больных с выраженным спаечным процессом верхнего этажа брюшной полости оптимальным является выполнение разработанного внебрюшинного доступа к блуждающему нерву.

Практические рекомендации

1. Для лечения больных с острыми кровоточащими язвами гастродуоденальной области рекомендуется следующий лечебно-диагностический алгоритм (рис. 2).

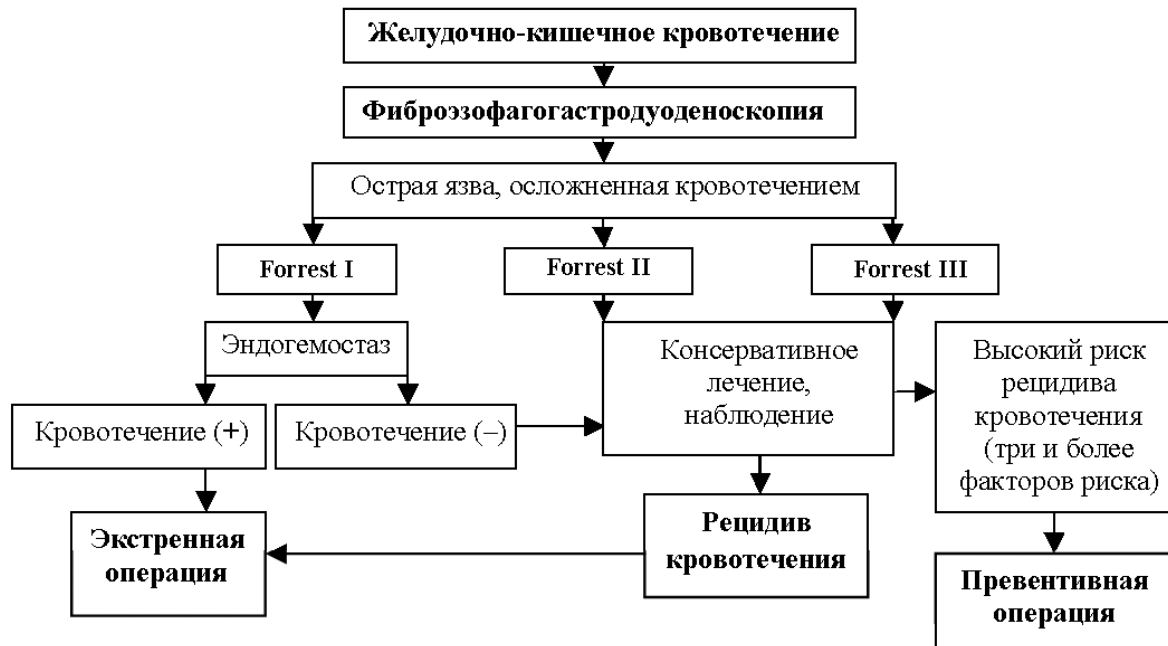


Рис. 2

2. При выявлении у пациента с острыми язвами высокого риска рецидива кровотечения (сочетание трех и более факторов риска повторной геморрагии, которыми являются: диаметр острой язвы – более 8 мм, множественность поражения слизистой гастродуоденальной зоны, локализация кровоточащей острой язвы в области «сосудистой дорожки» желудка – зоны шириной до 2 см по передней и по задней его стенкам параллельно малой кривизне в 3–4 см от нее или на задней стенке двенадцатиперстной кишки, значение рН желудочного содержимого менее 4) необходимо выполнение превентивной операции до развития рецидива геморрагии.

3. При необходимости выполнения оперативного вмешательства у больных с острой кровоточащей гастродуоденальной язвой при наличии тяжелой основной патологии оптимальным является применение паллиативных операций, среди которых предпочтение необходимо отдавать прошиванию кровоточащей язвы. При локализации язвы в ДПК оперативное пособие необходимо выполнить в объеме стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией после дуоденотомии и прошивания видимого сосуда в дне язвы. Резекцию желудка допустимо выполнять при повторном кровотечении из рецидивирующих пептических язв при уровне внутрижелудочного рН менее 3.

4. В комплексной фармакотерапии пациентов с острыми гастродуоденальными язвами для профилактики рецидива кровотечения

необходимо использовать комбинацию H₂-блокатора (квamatел) в дозе 40 мг в/в болюсно с последующей инфузией по 20 мг два раза в сутки в 200 мл NaCl 0,9 % с ингибитором протонной помпы (лосек) в дозе 40 мг в/в капельно в 200 мл NaCl 0,9 % два раза в день в течение шести суток. В комплексную терапию необходимо включать препараты с антиоксидантной активностью (мексидол) в дозировке 4 мл (200 мг) в 200 мл NaCl 0,9% в/в капельно два раза в день в течение шести суток.

5. В тех случаях, когда во время лапаротомии обнаружен выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, а клиническая ситуация диктует необходимость выполнения ваготомии, целесообразно воспользоваться внебрюшинным доступом к блуждающему нерву.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Монография

1. Сергацкий, К. И. Антисекреторная терапия в лечении кровоточащей гастродуоденальной язвы : монография / Ю. Г. Шапкин, А. В. Климашевич, С. В. Капралов, К. И. Сергацкий. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2010. – 148 с.

Статьи, опубликованные в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ

2. Сергацкий, К. И. Этиология и патогенез острых гастродуоденальных изъязвлений, осложненных кровотечением / В. И. Никольский, К. И. Сергацкий // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 4. – С. 53–63.

3. Сергацкий, К. И. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных изъязвлениях, осложненных кровотечением / В. И. Никольский, К. И. Сергацкий // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 4 (69). – С. 16–21.

4. Сергацкий, К. И. Хирургическая тактика при острых кровоточащих изъязвлениях гастродуоденальной зоны / В. И. Никольский, К. И. Сергацкий // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. – № 2 (14). – С. 92–103.

Статьи, опубликованные в других изданиях

5. Сергацкий, К. И. Антисекреторная терапия в лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением / А. В. Климашевич, Ю. Г. Шапкин, А. В. Алленов, К. И. Сергацкий // Актуальные вопросы современной клинической медицины : материалы XV науч. чтений памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза, 2006. – С. 133–134.

6. Сергацкий, К. И. Нерешенные вопросы лечения острых язв, осложненных желудочно-кишечным кровотечением / В. И. Никольский, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий // Актуальные проблемы медицинской науки и образования : материалы межрегион. науч. конф. – Пенза, 2007. – С. 182–184.

7. Сергацкий, К. И. Эффективна ли антисекреторная терапия при острых язвах? / В. И. Никольский, К. И. Сергацкий // Ратнеровские чтения – 2007 : сборник работ науч.-практ. конф. – Самара, 2007. – С. 51–54.

8. Сергацкий, К. И. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения кровоточащих гастродуоденальных язв / А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий, В. И. Никольский // Актуальные вопросы современной клинической медицины : материалы XVII науч. чтений памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза, 2008. – С. 120–121.

9. Сергацкий, К. И. Клинико-эндоскопические особенности острых изъязвлений гастродуоденальной зоны, осложненных кровотечением / В. И. Никольский, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий // Развитие системы здравоохранения и аспекты здорового образа жизни : материалы 44-й науч.-практ. межрегион. медицинской конф. – Ульяновск, 2009. – С. 826–829.

10. Сергацкий, К. И. Оценка эффективности антисекреторной терапии в профилактике рецидива кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв / К. И. Сергацкий // Актуальные вопросы медицинской науки : сборник науч. работ студентов и молодых ученых Всерос. конф. с междунар. участием. – Ярославль, 2009. – С. 216.

11. Сергацкий, К. И. Новый доступ к блуждающему нерву и способ внебрюшинной ваготомии / В. И. Никольский, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий // Актуальные проблемы медицинской науки и образования : материалы II межрегион. науч. конф. – Пенза, 2009. – С. 188–189.

12. Сергацкий, К. И. Вероятные факторы риска рецидива геморрагии из острых изъязвлений гастродуоденальной зоны / К. И. Сергацкий // Актуальные проблемы медицинской науки и образования : материалы II межрегион. науч. конф. – Пенза, 2009. – С. 228–229.

13. Сергацкий, К. И. Анализ результатов лечения острых эрозий и язв проксимального отдела пищеварительной трубки, осложненных геморрагией / К. И. Сергацкий, А. В. Климашевич // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XIV межрегион. научно-практ. конференции ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по ЗО и СР». – Пенза, 2009. – С. 258–260.

14. Сергацкий, К. И. Консервативная терапия кровотечений из острых изъязвлений гастродуоденальной зоны и профилактика рецидивов // В. И. Никольский, К. И. Сергацкий // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – № 2 (10). – С. 102–118.

15. Сергацкий, К. И. Применение протоколов диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений в Пензенской области / В. И. Никольский, А. В. Алленов, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий [и др.] // Актуальные вопросы современной клинической медицины : материалы XVII науч. чтений памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза, 2010. – С. 256–258.

16. Сергацкий, К. И. Лечебно-диагностический алгоритм у больных с острыми кровоточащими гастродуоденальными язвами / В. И. Никольский, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий // Новые технологии в хирургии и интенсивной терапии : материалы науч.-практ. конференции с международн. участием. – Саранск, 2010. – С. 172–175.

17. Пат. № 2357683 Рос. Федерация на изобретение от 10 июня 2008 г. Способ внебрюшинной ваготомии / В. И. Никольский, А. В. Климашевич, К. И. Сергацкий ; опубл. 10.06.2009, Бюл. № 16, 2009.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии
www.gastroscan.ru/literature/