манометрии, а также контроль объемного кровообращения микроциркуляторного русла с использованием лазерной допплеровской флоуметрии.

Регионарный индекс давления на предполагаемом уровне ампутации выше 0,5, прирост объемного микроциркуляторного кровотока кожи конечности в условиях пробы с нитроглицерином более 75% от исходного уровня позволяют рассчитывать на первичное заживление культи конечности [10].

Заключение. Решать вопрос о необходимости ампутации конечности у больных с атеросклеротической гангреной следует только после оценки возможности восстановительной сосудистой операции, успешное выполнение которой позволяет снизить уровень ампутации. Вопрос о возможности прямой реваскуляризации конечности следует решать до операции на основании данных детального дуплексного сканирования артерий.

При определении уровня ампутации конечности требуется объективно оценивать степень нарушения регионарного кровообращения на основании данных многоуровневой манометрии, а также лазерной допплеровской флоуметрии.

При подготовке к ампутации конечности важно уделять особое внимание коррекции реологических и коагуляционных свойств крови, нормализации функционального состояния миокарда, а также специализированной психотерапевтической подготовке для своевременной и адекватной психологической адаптации больного.

Библиографический список

1. Динамика показателей числа больших ампутаций и летальности при заболеваниях артерий конечностей в период 1993–2007 годов: результаты популяционного исследования / Л.С. Барбараш, Г.К. Золоев, Г.И. Чеченин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. 2010. Т. 16, № 3. С. 20–25.

2. Клиническая ангиология: рук-во для врачей: в 2 т. / А.В. Покровский [и др.] / М.: Медицина, 2004. 808 с.

3. Ампутация нижней конечности в лечении больных с критической ишемией / В.В. Сорока, С. П. Нохрин, А.Н. Рязанов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. 2010. Т. 16, № 4. С. 329–330.

5. *Царев О.А., Прокин Ф.Г.* Ампутация конечности у больных атеросклерозом. Саратов.: Изд-во СГМУ, 2006. 239 с.

6. Российские рекомендации «Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий». М., 2007. 65 с.

7. Российский согласительный документ «Национальные рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией». М., 2010. Ч. I. 76 с.

8. Малые ампутации при критической ишемии нижних конечностей / А.Н. Вачев, Д.А. Черновалов, М.С. Михайлов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. 2010. Т. 16, № 4. С. 59–60.

9. *Баумгартнер Р., Бота П.* Ампутация и протезирование нижних конечностей. М.: Медицина, 2002. 504 с.

10. *Царев О.А., Прокин Ф.Г.* Атеросклеротическая гангрена конечности. Саратов.: Изд-во СГМУ, 2005. 303 с.

Translit

1. Dinamika pokazatelej chisla bol'shih amputacij i letal'nosti pri zabolevanijah arterij konechnostej v period 1993–2007 godov: rezul'taty populjacionnogo issledovanija / L.S. Barbarash, G.K. Zoloev, G.I. Chechenin [i dr.] // Angiologija i sosudistaja hirurgija. 2010. T. 16, № 3. S. 20–25.

2. Klinicheskaja angiologija: ruk-vo dlja vrachej: v 2 t. / A.V. Pokrovskij [i dr.] / M.: Medicina, 2004. 808 s.

3. Amputacija nizhnej konechnosti v lechenii bol'nyh s kriticheskoj ishemiej / V.V. Soroka, S.P. Nohrin, A.N. Rjazanov [i dr.] // Angiologija i sosudistaja hirurgija. 2010. T. 16, № 4. S. 329–330.

5. *Carev O.A., Prokin F.G.* Amputacija konechnosti u bol'nyh aterosklerozom. Saratov.: Izd-vo SGMU, 2006. 239 s.

6. Rossijskie rekomendacii «Diagnostika i lechenie bol'nyh s zabolevanijami perifericheskih arterij». M., 2007. 65 s.

7. Rossijskij soglasitel'nyj dokument «Nacional'nye rekomendacii po vedeniju pacientov s sosudistoj arterial'noj patologiej». M., 2010. Ch. I. 76 s.

8. Malye amputacii pri kriticheskoj ishemii nizhnih konechnostej / A.N. Vachev, D.A. Chernovalov, M.S. Mihajlov [i dr.] // Angiologija i sosudistaja hirurgija. 2010. T. 16, № 4. S. 59–60.

9. *Baumgartner R., Bota P.* Amputacija i protezirovanie nizhnih konechnostej. M.: Medicina, 2002. 504 s.

10. *Carev O.A., Prokin F.G.* Aterosklerotícheskaja gangrena konechnosti. Saratov.: Izd-vo SGMU, 2005. 303 s.

УДК 616.33-089-06-002.44–053.9-036-071-084 (045) Оригинальная статья

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

М.А. Евсеев *— ГБОУ ВПО Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук;* ***И.М. Клишин*** *— ГБОУ ВПО Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии, аспирант;* ***Р.А. Головин*** *— ГБОУ ВПО Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии, аспирант;* ***И.А. Фролов*** *–ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ, кафедра общей хирургии, клинический ординатор;* ***Ю.Г. Шапкин*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук;* ***С. В. Капралов*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ, кафедра общей хирургии, доцент, доктор медицинских наук.*

CLINICAL COURSE, PROGNOSIS AND PREVENTION OF ACUTE POSTOPERATIVE EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF GASTRODUODENAL ZONE IN OLDER PATIENTS

M.A. Evseev *— First Moscow Sechenov State Medical University, Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science;* ***I.M. Klishin*** *— First Moscow Sechenov State Medical University, Department of General Surgery, Post-graduate;* ***R.A. Golovin*** *— First Moscow Sechenov State Medical University, Department of General Surgery, Post-graduate;* ***I.A. Frolov*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of General Surgery, Attending Physician;* ***Y.G. Shapkin*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science;* ***S.V. Kapralov*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 24.10.2011 г. Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

***Евсеев М.А., Клишин И.М., Головин Р.А., Фролов И.А., Шапкин Ю.Г., Капралов С.В.* Клиническое течение, прогнозирование и профилактика острых послеоперационных эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных старших возрастных групп // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 953–957.**

Цель исследования: улучшение результатов лечения хирургических больных с послеоперационными острыми кровоточащими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки путем их прогнозирования и обоснования методов профилактики и лечения. *Материал и методы*: проведен ретроспективный анализ 3746 историй болезни оперированных больных. У 220 (5,9%) в послеоперационном периоде было диагностировано острое эрозивно-язвенное поражение (ОЭЯП) гастродуоденальной зоны, осложненное кровотечением. Пациенты старших возрастных групп составили 62,8%. *Результаты.* Среди всех оперированных пациентов ОЭЯП развилось у 5,6% больных старшей возрастной группы и у 0,3% у больных среднего возраста. У пациентов пожилого возраста летальность при возникновении кровотечения из ОЭЯП составила 35,8. *Заключение.* Развитие ОЭЯП гастродуоденальной зоны является фактором, принципиально усугубляющим тяжесть состояния больных старших возрастных групп в послеоперационном периоде. Основными направлениями лечения ОЭЯП являются антисекреторная терапия и эндоскопический гемостаз. Эндоскопической остановке кровотечения должна соответствовать качественная антисекреторная терапия с достижением анацидного состояния в желудке. Применение инъекционных форм H_2-блокаторов (квамател) не создает условий для профилактики рецидива кровотечения.

Ключевые слова: острые гастродуоденальные эрозии и язвы; желудочно-кишечное кровотечение.

***Evseev M.A., Klishin I.M., Golovin R.A., Frolov I.A., Shapkin Y.G., Kapralov S.V.* Clinical course, prognosis and prevention of acute postoperative erosive and ulcerative lesions of gastroduodenal zone in older patients // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 953–957.**

Objective of the research is to improve the results of surgical treatment in patients with postoperative acute bleeding erosions and ulcers of stomach and duodenum by their prediction and validation of methods for prevention and treatment. *Materials and methods.* A retrospective analysis of 3746 case histories of patients has been made. Acute erosive and ulcerative lesions, complicated by gastroduodenal bleeding, have been diagnosed in 220 cases (5, 9%) in the postoperative period. Older patients have been accounted 62, 8%. *Results*. Acute erosive and ulcerative lesions have been developed in 5.6% of all operated patients of older age, and 0,3% in patients of middle age. Mortality rate in older patients with bleeding acute erosive and ulcerative lesions has accounted 35,8. *Conclusion.* The development of gastroduodenal acute erosive and ulcerative lesions is considered to be a risk factor degenerating condition of older patients in the postoperative period. The main areas of acute erosive and ulcerative lesions treatment are antisecretory therapy and endoscopic hemostasis. Endoscopic hemostasis should be accompanied by good antisecretory treatment with antacid effect in the stomach. The use of injections of H2-blockers does not prevent bleeding recurrences.

Key words: acute gastroduodenal erosions and ulcers, gastrointestinal bleeding.

Введение. Проблема острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОЭЯП), осложненных кровотечением, до настоящего времени не утратила своей актуальности. По данным А.А. Курыгина с соавт. (2004), у 60% больных желудочно-кишечное кровотечение служит основным проявлением острых язв, из них у 33% оно бывает массивным, и при этом лишь 13% пациентов предъявляют какие-либо жалобы [1]. У 14% больных исход таких осложнений является смертельным [2, 3].

Массивное желудочно-кишечное кровотечение у больных с ОЭЯП без его профилактики развивается в 6–15% наблюдений, а при проведении профилактики — в 1–3% [4]. Рецидивирующее кровотечение сопровождается увеличением летальности почти в 5 раз [1]. Поэтому выявление больных группы риска для профилактики развития кровотечения является наиболее актуальным.

Морфология и патогенез ОЭЯП во многом отличаются от хронических гастродуоденальных эрозий и язв. Установлено, что развитию эрозий предшествуют значительные нарушения микроциркуляции, что дает основание большинству морфологов рассматривать острые эрозии как ишемический инфаркт слизистой оболочки [5, 6]. D.J. Cook (1994) [7] полагает, что основными факторами риска кровотечения являются острая дыхательная недостаточность и коагулопатия. В.П. Хохоля с соавт. [2] считают, что сочетание нескольких факторов (обширное оперативное вмешательство, печеночная недостаточность, дыхательная недостаточность, острый панкреатит, гиповолемия, сердечно-сосудистая недостаточность, перитонит, поражение центральной нервной системы, шок, прием ульцерогенных препаратов) способствует появлению острых изъязвлений, а наличие пяти из них значительно повышает риск кровотечения.

В настоящее время установлено, что при кровотечении из острых эрозий и язв антацидные средства неэффективны. В многочисленных контролируемых исследованиях доказано преимущество антагонистов H_2-рецепторов гистамина над антацидами и сукральфатом при профилактике массивных кровотечений из острых эрозий и язв [7, 8]. Вместе с тем у больных при применении H_2-блокаторов развивается феномен «усталости рецепторов», а увеличение дозы препарата повышает риск развития побочных эффектов. Наиболее эффективными препаратами для подавления кислотопродукции в настоящее время являются блокаторы протонной помпы — омепразол и эзомепразол (особенно их внутривенные формы) [8, 9].

Цель исследования: улучшение результатов лечения хирургических больных с послеоперационными острыми кровоточащими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки путем их прогнозирования и обоснования методов профилактики и лечения.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 3746 историй болезни оперированных больных, находившихся в отделениях клиник общей хирургии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» на базах госпиталя ветеранов войн № 2 и городской клинической больницы № 23 г. Москвы; в отделениях клиник кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» на базах МУЗ «Городская клиническая больница № 2» и «Городская клиническая больница № 6» г. Саратова с 2005 по 2010 г.

Из 3746 оперированных у 220 (5,9%) в ближайшем послеоперационном периоде было диагностировано ОЭЯП гастродуоденальной зоны, осложненное кровотечением. Пациенты старших возрастных групп составили 62,8%.

Основным способом диагностики острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв в по-

Ответственный автор — Капралов Сергей Владимирович.
Адрес: 410033, Саратов, ул. Тархова, 38, кв. 115.
Тел.: 8-965-888-16-33.
E-mail: sergejkapralov@yandex.ru

слеоперационом периоде служила фиброгастродуоденоскопия. Поводом для экстренной эндоскопии, позволившей диагностировать ОЭЯП, в послеоперационном периоде явились: прогрессирующая анемия (82,1%), гемодинамические нарушения (72%). Клиника желудочно-кишечного кровотечения была отмечена лишь у 17,9% больных. Осложнение было диагностировано на третьи сутки у 119 пациентов (53,8%); на пятые у 71 (32,4%); на седьмые у 23 (10,2%); на девятые у 7 (3,4%). Кровопотеря легкой степени была выявлена у 128 (58,1%) пациентов; средней у 53 (23,9%) больных; тяжелой у 39 (17,9%) человек.

У 137 пациентов диагностировались распространенные эрозивные поражения; у 44 — острые язвы. Еще в 39 наблюдениях наряду с множественными острыми язвами диагностировались глубокие сливные эрозии. При выявлении острых язв преобладали множественные поражения: у 33 больных наблюдали несколько язвенных дефектов.

Кровотечение по типу Forrest Ia выявлено в 7 (3,4%) наблюдениях; Forrest Ib в 40 (17,9%); Forrest IIa в 26 (11,9%); Forrest IIb в 117 (52,9%); Forrest III у 30 (13,6%) больных.

В исследовании учитывались следующие критерии: возрастная группа (по классификации ВОЗ), объем перенесенного оперативного вмешательства (по классификации M. Samama, 1999) [10], выбор анестезиологического пособия. Объективная оценка тяжести состояния больных проводилась по интегральной системе APACHE III.

Полученные результаты были проанализированы с применением методов параметрической и непараметрической статистики с использованием программ Statistica 6–0 и BioStat. Для определения значимости различий между исследуемыми признаками использовали параметрические и непараметрические методы статистики (дисперсионный анализ, t-критерий Стьюдента, критерий z, хи-квадрат (χ^2), точный критерий Фишера). Корреляционный анализ проводили, используя корреляцию Пирсона. Из непараметрических методик использовался критерий Фридмана.

Результаты. С учетом объема перенесенного оперативного вмешательства вся совокупность пациентов была разделена на три группы (табл. 1). Из всех пациентов с ОЭЯП больные пожилого возраста составили 30,4%; старческого — 64,6%; долгожители — 5,4%. У всех пациентов старших возрастных групп имелись сопутствующие заболевания, с преобладанием патологии сердечно-сосудистой системы, преимущественно атеросклеротического генеза. Среди всех оперированных пациентов ОЭЯП развилось у 5,6% больных старшей возрастной группы и у 0,3% у больных среднего возраста ($p<0,01$).

Среди всех 3746 оперированных пациентов умерло 82 человека. Послеоперационная летальность составила 2,2%. Среди умерших кровотечение из ОЭЯП отмечено у 72 больных. Таким образом, послеоперационная летальность, ассоциированная с кровотечением из острых гастродуоденальных эрозий и язв, составила всего 1,9%. Однако среди больных с кровотечением из ОЭЯП летальность достигла 32,7%. У пациентов пожилого возраста летальность при возникновении кровотечения из ОЭЯП составила 35,8%, у пациентов старческого возраста 32,4%; возникновение кровотечения из ОЭЯП в группе долгожителей ассоциировалось с облигатным летальным исходом (табл. 2).

Таблица 1

Частота развития ОЭЯП в группах клинического наблюдения

Вид операций	Распределение больных по возрасту			Распределение ОЭЯП по возрасту		
	молодой и средний	пожилой	старческий (долгожители)	молодой и средний	пожилой	старческий (долгожители)
I. Малые –продолжительностью до 1 часа (удаление поверхностных опухолей, аппендэктомия,грыжесечение)	798	850	112 (19)	-	4	5 (3)
II. Большие — продолжительностью до 3 часов (холецистэктомия, резекция желудка, резекция кишки, ампутация конечности)	554	1022	305 (9)	4	25	133 (9)
III. Расширенные –продолжительностью более 3 часов (гастрэктомия, экстрипация прямой кишки, панкреатодуоденальная резекция)	42	58	5 (-)	7	38	4 (-)
ВСЕГО	1394	1930	422 (28)	11	67	142 (12)

Таблица 2

Летальность в группах наблюдения с ОЭЯП

Вид операций	Распределение больных по возрасту					
	молодой и средний		пожилой		старческий (долгожители)	
	количество больных	умерло	количество больных	умерло	количество больных	умерло
I. Малые –продолжительностью до 1 часа	-	-	4	-	5 (3)	3 (3)
II. Большие — продолжительностью до 3 часов	4	-	25	5	133 (9)	40 (9)
III. Расширенные –продолжительностью более 3 часов	7	2	38	19	4	3
ВСЕГО	11	2	67	24	142 (12)	46 (12)

Таблица 3

Частота развития ОЭЯП в зависимости от вида анестезии

Вид анестезии	Возраст больных					
	молодой и средний		пожилой		старческий	
	всего больных	ОЭЯП	всего больных	ОЭЯП	всего больных	ОЭЯП
Местная	567	1	602	18	107	11
Спинномозговая и различные варианты регионарной	104	-	318	7	126	7
Наркоз	723	10	1010	42	189	124

При оценке тяжести состояния пациентов без ОЭЯП на первые сутки послеоперационного периода установлено, что в пожилом возрасте среднее значение критерия APACHE III составило 40 баллов, у больных старческого возраста 52 балла. В то же время у пожилых больных с развившимся впоследствии гастродуоденальным кровотечением из ОЭЯП средняя величина APACHE III составила 58 баллов, у пациентов старческого возраста 76 баллов, у долгожителей 105 баллов. Различия в величине показателя APACHE III статистически достоверны ($p<0,05$). Статистический анализ с применением χ-критерия Пирсона показал, что риск развития острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв в послеоперационном периоде появляется при превышении значения показателя APACHE III на первые сутки после операции выше 55 баллов.

После операций под наркозом развитие ОЭЯП было отмечено в 12,5% наблюдений. После операций под спинномозговой (и различными вариантами регионарной) анестезией кровотечение развилось у 2,5% пациентов, а после вмешательств под местной анестезией у 2,3% больных (табл. 3).

Среди всех оперированных пациентов гнойно-воспалительные осложнения в области оперативного вмешательства развились в 2,3% наблюдений. Среди больных с ОЭЯП частота местных инфекционных осложнений, развившихся синхронно или впоследствии, была несколько выше (2,5%), особенно у людей пожилого возраста (3,1%). В случае кровотечения при ОЭЯП в старческом возрасте частота местных гнойных осложнений увеличивалась до 9,4% ($p<0,05$).

Системные инфекционные послеоперационные осложнения, ассоциированные с сепсисом, наблюдались у 0,1% всех пациентов. Однако среди больных с ОЭЯП частота развития сепсиса увеличивалась до 1,2%, а в старших возрастных группах до 13,8% ($p<0,05$).

При диагностике продолжающегося кровотечения и в ряде случаев при угрозе его возобновления при ОЭЯП выполнялся эндоскопический гемостаз. У 34 (18,8%) больных после выполнения эндоскопического гемостаза развился рецидив кровотечения. Оценивая эффективность каждой из методик эндогемостаза, следует отметить низкую эффективность орошения. Рецидив геморрагии наблюдался в 44% случаев использования орошения в качестве самостоятельной манипуляции. Необходимо признать, что эта методика не имеет самостоятельного значения, а должна использоваться либо в качестве дополнения к другим способам эндогемостаза (лазерфотокоагуляции, диатермокоагуляции), либо как поддерживающее воздействие при динамической эндоскопии. Эффективность диатермокоагуляции была достаточной для достижения инициального гемостаза, но недостаточной для его длительного поддержания (рецидив отмечен у 8 из 18 человек). В случае диагностики повторного кровотечения в основном повторяли эндоскопический гемостаз с выбором альтернативной его методики. Рецидив геморрагии, развившийся после применения лазерфотокоагуляции и клипирования, в большинстве наблюдений требовал хирургического вмешательства.

По жизненным показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза выполнено 7 операций. В 5 наблюдениях объем операций был ограничен иссечением язвы; в 2 случаях выполнялась резекция желудка. Из 7 оперированных больных умерло 5 человек. Наш опыт свидетельствует о бесперспективности хирургического лечения послеоперационых острых кровоточащих эрозий и язв.

Рецидив кровотечения у больных пожилого возраста отмечен в 4 (11,7%) случаях; у больных старческого возраста в 16 случаях (20,5%); у долгожителей в 2 (40%) случаях. Таким образом, повторное кровотечение чаще развивалось у пациентов старших возрастных групп ($p<0,05$).

Всем больным с ОЭЯП проводили антисекреторную терапию. Для подавления желудочной секреции у 146 больных использовали квамател, а у 74 лосек. Все препараты назначали в стандартных дозировках по рекомендуемым производителем схемам. Из 34 наблюдений рецидива геморрагии у 24 больных для его профилактики применялся квамател, а у 10 — лосек. Разница в частоте развития рецидива статистически достоверна ($p<0,05$). Рецидив кровотечения при использовании в качестве средства антисекреторной терапии H_2-блокатора кваматела наблюдался у 10,9%, а при использовании омепразола — у 4,5% пациентов.

Обсуждение. При определении значимых для возникновения ОЭЯП факторов, на основании ретроспективного анализа 3746 наблюдений установлена высокая вероятность развития ОЭЯП с гастродуоденальным кровотечением у хирургических пациентов старших возрастных групп. Анализ данных табл. 1 показывает, что в случае выполнения хирургического вмешательства больному старше 75 лет риск развития в раннем послеоперационном периоде острых кровоточащих эрозий и язв превышает 30% ($p<0,05$). Наше исследование показало, что на частоту развития ОЭЯП влияет выбор объема операции и способ анестезии. С учетом показателей табл. 1 и 3 определено, что у лиц старческого возраста риск осложнений «больших» операций превышает 40%, а в случае применения наркоза увеличивается до 65% ($p<0,05$). Определенным критерием прогнозирования развития ОЭЯП гастродуоденальной зоны с желудочно-кишечным кровотечением может служить система комплексной оценки состояния больного APACHE III. Превышение ее расчетного показателя на первые сут-

ки послеоперационного периода выше 55 баллов свидетельствует о высоком риске осложнений (p<0,05).

Исследование показало, что развитие кровотечения из ОЭЯП особенно неблагоприятно для больных старших возрастных групп. Анализ данных табл. 2 показывает, что при выполнении «больших» и «расширенных» хирургических операций в случае развития острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв послеоперационная летальность достигает 20–50% среди больных в возрасте 65–75 лет, а у людей старше 75 лет увеличивается до 30–75% (p<0,05).

Основными причинами летальности при ОЭЯП являются рецидивы желудочно-кишечного кровотечения, а также гнойно-септические осложнения. В исследовании было установлено, что вероятность развития последних значимо увеличивается у оперированных пациентов старческого возраста на фоне острых кровоточащих эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки (p<0,05).

Основными направлениями лечения ОЭЯП являются антисекреторная терапия и эндоскопический гемостаз. Хирургическое лечения больных с острыми кровоточащими эрозиями и язвами может быть обусловлено лишь чрезвычайными обстоятельствами неэффективности консервативных мероприятий. Основным методом остановки кровотечения следует признать эндоскопический гемостаз. Его качество определяет прогноз лечения, особенно у пациентов пожилого и старческого возрастов. Надежный гемостатический эффект гарантирует лишь применение современных высокотехнологичных методик: аргоноплазменной коагуляции, лазерфотокоагуляции, клипирования. Нами показано, что ни орошение, ни диатермокоагуляция не позволяют обеспечивать стабильный эндоскопически гемостаз. Эндоскопической остановке кровотечения должна соответствовать качественная антисекреторная терапия с достижением анацидного состояния в желудке. В нашем исследовании было показано, что применение инъекционных форм H_2-блокаторов (квамател) не создает условий для профилактики рецидива кровотечения.

Заключение. Развитие ОЭЯП гастродуоденальной зоны является фактором, принципиально усугубляющим тяжесть состояния больных старших возрастных групп в послеоперационном периоде и ухудшающим прогноз.

Возникновение ОЭЯП коррелирует с увеличением возраста пациентов, расширением объема операции, применением в качестве анестезиологического пособия наркоза, развитием местных и системных инфекционных послеоперационных осложнений.

Использование эндогемостаза методикой орошения и применение инъекционных H_2-блокаторов для антисекреторной терапии не могут гарантировать надежной профилактики рецидива кровотечения из ОЭЯП.

Библиографический список

1. *Курыгин А.А., Скрябин О.Н.* Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. СПб.: Изд-во ВМА, 2004. 370 с.
2. *Хохоля В.П., Тарасов А.А., Кононенко И.Н.* О факторах риска образования острых эрозий и язв органов пищеварения у хирургических больных // Клиническая хирургия. 1987. № 8. С. 29–32.
3. *Conrad S.A.* Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities // Crit. Care Med. 2002. Vol. 30 (6). P. 365–368.
4. *Кубышкин В.А., Шишин К.В.* Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consilium medicum. 2004. № 1. С. 29–32.
5. *Аруин Л.И., Капулер Л.Л., Исаков В.А.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Медицина, 1998. С. 165–222.
6. *Столпман Н., Метц Д.С.* Патофизиология и профилактика стрессовых язв у послеоперационных больных // РМЖ. 2005. Т. 13, № 25. С. 1668–1674.
7. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: Resolving discordant meta — analyses / D.J. Cook, B.K. Reeve, G.H. Guyatt [et al.] // JAMA. 1996. Т. 275. P. 308–314.
8. *Гостищев В.К., Евсеев М.А.* Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. 2005. № 8. С. 52–57.
9. *Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С.* Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Хирургия. Consilium medicum. 2003. Прил. 2. С. 16–20.
10. *Samama Ch.M., Samama M.M.* Prevention of venous thromboembolism // Congress of European Society of Anaesthesiology. Amsterdam, 1999. P. 39–43.

Translit

1. *Kurygin A.A., Skrjabin O.N.* Ostrye posleoperacionnye gastroduodenal'nye jazvy. SPb.: Izd-vo VMA, 2004. 370 s.
2. *Hoholja V.P., Tarasov A.A., Kononenko I.N.* O faktorah riska obrazovanija ostryh jerozij i jazv organov piwevarenija u hirurgicheskih bol'nyh // Klinicheskaja hirurgija. 1987. № 8. S. 29–32.
3. *Conrad S.A.* Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities // Crit. Care Med. 2002. Vol. 30 (6). P. 365–368.
4. *Kubyshkin V.A., Shishin K.V.* Jerozivno-jazvennoe porazhenie verhnih otdelov zheludochno-kishechnogo trakta v rannem posleoperacionnom periode // Consilium medicum. 2004. № 1. S. 29–32.
5. *Aruin L.I., Kapuler L.L., Isakov V.A.* Morfologicheskaja diagnostika boleznej zheludka i kishechnika. M.: Medicina, 1998. C. 165–222.
6. *Stolpman N., Metc D.S.* Patofiziologija i profilaktika stressovyh jazv u posleoperacionnyh bol'nyh // RMZh. 2005. T. 13, № 25. S. 1668–1674.
7. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: Resolving discordant meta — analyses / D.J. Cook, B.K. Reeve, G.H. Guyatt [et al.] // JAMA. 1996. T. 275. R. 308–314.
8. *Gostiwev V.K., Evseev M.A.* Antisekretornaja terapija kak sostavljajuwaja chast' konservativnogo gemostaza pri ostryh gastroduodenal'nyh jazvennyh krovotechenijah // Hirurgija. 2005. № 8. S. 52–57.
9. *Gel'fand B.R., Martynov A.N., Gur'janov V.A., Shipilova O.S.* Profilaktika stress-povrezhdenij verhnego otdela zheludochno-kishechnogo trakta u bol'nyh v kriticheskih sostojanijah // Hirurgija. Consilium medicum. 2003. Pril. 2. S. 16–20.
10. *Samama Ch.M., Samama M.M.* Prevention of venous thromboembolism // Congress of European Society of Anaesthesiology. Amsterdam, 1999. R. 39–43.

УДК 616.33–008.6–02:616.34–002.44–005.1–007.14] –07 (045) Оригинальная статья

МОНИТОРИНГ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

С. Н. Потахин *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук;* ***Ю.Г. Шапкин*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук;* ***П.В. Решетов*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой об-*