

*Ю. И. Веденин, А. Ю. Орешкин, А. А. Шаталов, А. С. Назарук,
С. В. Жуликова, Ю. В. Ивченко, В. С. Телешов*

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КОМБИНИРОВАННОГО
ЭНДОГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ
ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

*Волгоградский государственный медицинский университет, Россия;
Кафедра хирургических болезней № 1 Института НМФО, г. Волгоград,
Россия*

Ключевые слова: оперативное лечение, алгоритм программного комбинированного эндогемостаза.

*Y. I. Vedenin, A. Y. Oreshkin, A. A. Shatalov, A. S. Nazaruk, S. V. Zhulikova,
Y. V. Ivchenko, V. S. Teleshov*

**APPLICATION OF COMBINED ENDOHEMOSTASIS METHODS
IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ULCERATIVE
GASTRODUODENAL BLEEDING**

*Volgograd State Medical University, Russia;
Department of Surgical Diseases № 1 of the NMFO Institute, Volgograd, Russia*

Keywords: surgical treatment, algorithm of programmatic combined endohemostasis.

Актуальность. Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) остаются одним из самых сложных разделов в ургентной хирургии (В. К. Гостищев и др., 2011; Е. Ф. Чередников и др., 2012; А. И. Жданов и др., 2014; Ю. Г. Шапкин и др., 2014). В России язвенной болезнью страдают примерно 1,5 % населения, в структуре осложнённых форм язвенной болезни желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) составляют 42–45,6 %. Субъекты Российской Федерации демонстрируют различную хирургическую активность при лечении ЯГДК, соотношение колеблется от 2,4 % до 46,9 %, а послеоперационная летальность варьирует от 4,7 % до 43 %, общая — от 1,75 % до 16,5 %.

Применение эндогемостаза в лечении больных с ЯГДК за последние десятилетия активно замещает применение хирургических методик в оказании ургентной помощи [2, 3]. Использование современных методов комбинированного гемостаза в алгоритме оказания помощи способствует сниже-

нию летальности и повышению эффективности лечения больных с ЯГДК. Причиной смерти зачастую являются как остро возникшие критические нарушения гомеостаза, так и в результате декомпенсации хронического заболевания. Отмечается, что 98,3 % пациентов с ЯГДК имеет одно или более сопутствующее заболевание, а в 72,3 % случаев такое заболевание ставится на первое место в патологоанатомическом диагнозе. Изучение случаев ЯГДК представляет собой важную задачу в хирургии, требующую индивидуального подхода к каждому пациенту [1].

Цель: провести оценку результатов лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы исследования. Для этого был проведен анализ лечения 376 пациентов с ЯГДК в клинике хирургических болезней на базе ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда в период с 2017 по 2023 гг. Методы обработки клинических материалов включали использование специально созданной базы данных.

Результаты и выводы. Проанализированы результаты лечения 312 пациентов с клиникой ЯГДК, прибывших в клинику за представленный период. Возраст — от 18 до 98 лет, средний возраст составил $71,1 \pm 12,5$ лет. Половое распределение пациентов показало, что мужчин среди них было 189 (60,57 %), а женщин — 123 (39,43 %). Распределение по локализации источника кровотечения: желудок — 126 пациентов (40,39 %), привратник — 35 (11,21 %), двенадцатиперстная кишка — 151 (48,40 %). По классификации Forrest: F1a принадлежат 22 человеку (7,06 %), F1b — 55 (17,63 %), F1a — 95 (30,45 %), F1b — 83 (26,60 %), F1c — 39 (12,5 %), а F1d — 18 (5,76 %). На основании полученных данных лечения больных с ЯГДК можно определить особенности и исходы случаев госпитализации.

В нашей клинике повсеместно применяется алгоритм программного комбинированного эндогемостаза, который включает в себя различные методики: инъекционный гемостаз, электро- и аргоноплазменную коагуляцию, а также клипирование в различных их комбинациях. Применение данных способов остановки кровотечения привело к достижению благоприятного исхода госпитализации у 300 (96,15 %) пациентов. Однако в 12 (3,84 %) случаях лечения возникали осложнения в виде рецидива кровотечения и неблагоприятных исходов, что потребовало применения хирургических вариантов достижения гемостаза.

Важно разработать эффективную стратегию борьбы с ЯГДК и необходимость постоянного совершенствования методов эндогемостаза, а также необходимо внедрять варианты контрольных отсроченных гастроскопий после достигнутого накануне гемостаза для обеспечения оптимального исхода лечения каждого пациента. Пациенты, страдающие ЯГДК, зачастую поступают в крайне тяжелом состоянии с наличием тяжелых коморбидных патологий, что в значительной мере снижает объем возможных вмешательств. Но при отсутствии эффекта от эндогемостаза оперативное лечение

по жизненным показаниям применимо на высоте кровотечения, параллельно с интенсивной консервативной терапией. Общая летальность в исследовании составила 11 (3,52 %), данный показатель не превышает общероссийские показатели при данной патологии.

Заключение. Применение и совершенствование навыков и методик комбинированного эндогемостаза позволяет достичь благоприятного исхода госпитализаций в большинстве случаев. Однако не стоит забывать про хирургические манипуляции, ведь каждый применяемый метод лишь увеличивает процент эффективности. Вопросы лечения больных с ЯГДК, несомненно, останутся актуальными и исследования в данной сфере позволят добиться значительного результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гостищев, В. К.* Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 7–11.
2. *Гастродуоденальные язвенные кровотечения: оценка выбора методов гемостаза и прогнозирование риска рецидива кровотечения* / А. Я. Коровин [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2017. – № 1. – С. 41–45.
3. *Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации* / А. Ш. Ревитшвили, А. В. Федоров, В. П. Сажин, В. Е. Оловянный // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2019. – № 3. – С. 88–97.