

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д.14.12.020

На правах рукописи
УДК: 616.33-002.44:616-005.1]-089:615.281.9

Каштаев Рустем Елемесович

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2013

Работа выполнена в Центральной городской клинической больнице г. Алматы и в Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алыбаев Эрнис Урбаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Мусаев Акылбек Инятович

кандидат медицинских наук
Искаков Муктар Бакбурович

Ведущая организация: Кыргызско-Российский Славянский
Университет им. Б.Н. Ельцина

Защита диссертации состоится «08» ноября 2013 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. (720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова 25).

Автореферат разослан «05» октября 2013 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Н.Ч. Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЙ

Актуальность проблемы: Вопросы лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии остаются в настоящее время актуальными и является одной из основных причин заболеваемости и смертности населения, представляя собой общемировую проблему здравоохранения [Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг, М.А. Алиев, 2000].

За прошедшие десятилетия произошли значительные изменения в методах медикаментозного, эндоскопического лечения так же диагностики больных с язвенной болезнью. Не смотря на весомый прогресс в прогнозировании и лечении гастродуоденальной кровоточащей язвы, до сих пор отмечается высокая летальность. Общая летальность при гастродуоденальной кровоточащей язве в среднем составляет от 5% до 16%, послеоперационная от 6% до 35%. [М.А. Алиев, С.А. Воронов, 2001].

Несмотря на обнадеживающие результаты эндоскопических методов гемостаза в ближайшие 1 - 3 дня развивается рецидив кровотечения у 10% - 30% больных. Поэтому возрастает актуальность совершенствования методов эндоскопического гемостаза и внедрения в практику новых препаратов, которые обладали бы высокой эффективностью.

Обоснование выбора метода и совершенствование послеоперационного ведения пациентов остаются неразрывно связанными с результатами хирургического лечения больных с гастродуоденальными кровоточащими язвами. Данный вопрос продолжает широко обсуждаться в литературе, где также существуют различные мнения и подходы [М.М. Мамакеев, Э.У. Алыбаев, А.А. Сопуев, 1997].

До настоящего времени отсутствует единая тактика при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. Нет четких рекомендаций, каких больных и в какие сроки от начала заболевания и госпитализации следует оперировать [М.И. Кузин, А.А. Курыгин, 2001].

Для сокращения летальных исходов у данной категории больных необходимо использование избирательной активной хирургической тактики, когда операция выполняется при стабильном состоянии больного с применением эндоскопического гемостаза.

Общепризнанным является тестирование на наличие *Helicobacter pylori* у всех больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой [L.A. Laine, 1996; V.K. Sharma et al., 2001; M.E. Leer-dam, G.N. Tytgat, 2002]. К сожалению, вопрос, какой диагностический тест является предпочтительным для выявления *Helicobacter pylori* в острой фазе кровотечения, остается до сих пор нерешенным.

Важное место в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением

при язвенной болезни занимает вопрос комплексной консервативной терапии.

При обнаружении *Helicobacter pylori* с кровоточащей гастродуоденальной язвой, все больные должны получать соответствующую эрадикационную терапию [L.A. Laine, 1996; G. Maconi et al., 1999; K. Murakami et al., 2001; V.K. Sharma et al., 2001; M.E. Leerdam, G.N. Tytgat, 2002]. Однако, у больных, подлежащих хирургическому лечению, до сих пор не определена наиболее эффективная схема эрадикационной терапии, имеющая оптимальное время проведения эрадикационной терапии и минимальные побочные эффекты. На сегодняшний день до конца не обоснована и не выяснена целесообразность проведения эрадикационной терапии у больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу кровоточащей гастродуоденальной язвы [А.С. Ермолов, 2009г.].

Учитывая невысокую эффективность применения H₂ - блокатора перспективным является использование в схеме антигеликобактерной терапии ингибиторов протонной помпы (ИПП) — пантопразол, который обладает рядом преимуществ. По этому поводу имеются лишь единичные работы, где получены результаты несопоставимые по дозам и длительности применения этого препарата.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением остается еще нерешенной, актуальной и требует дальнейшего всестороннего изучения.

Связь темы диссертации с крупными научными программами. Тема инициативная.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии.

Задачи исследования:

1. Изучить обсемененность гастродуоденальной слизистой *Helicobacter pylori* у больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии.
2. Уточнить показания для консервативного лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.
3. Разработать схему эрадикационной терапии у больных с гастродуоденальными кровотечениями.
4. Совершенствовать хирургическую тактику лечения у больных с желудочно-кишечными кровотечениями.
5. Разработать методику комплексной терапии с язвенными гастродуоденальными кровотечениями на основании сравнительной оценки результатов лечения больных.

Научная новизна:

1. Изучена обсемененность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, которая позволяет с высокой степенью точности определить количество

вегетирующих микробных клеток, указывающее на их этиологическую причастность к язвенной болезни и возникновения кровотечения, что может служить основой для объективной оценки результатов лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания.

2. Доказана высокая эффективность и уточнены показания к консервативному лечению больных, включая первичный и повторный эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

3. Разработана схема антигеликобактерной терапии, которая является патогенетическим подходом в консервативной терапии больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением и создает оптимальные условия для уменьшения рецидивов кровотечения из язвы.

4. Усовершенствована тактика хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Практическая значимость полученных результатов:

Изучение обсемененности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori* позволяет точно определить этиопатогенетические факторы возникновения язвенной болезни и кровотечения из неё.

Разработанная схема эрадикационной терапии позволяет снизить частоту возникновения рецидивов кровотечения, заживления язвы и стойкой ремиссии заболевания.

Усовершенствованная активно-индивидуализированная тактика хирургического лечения позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Экономическая значимость полученных результатов:

Использование разработанных методов лечения основана на возможности получения медико-социальной эффективности за счет сокращения расходов медикаментов и операционно-перевязочных материалов, снижения сроков лечения, частоты осложнений и летальности в послеоперационном периоде.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Изученная обсемененность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, позволяет с высокой степенью точности определить количество вегетирующих микробных клеток, указывающее на их этиологическую причастность к язвенной болезни и возникновения кровотечения, что может служить основой для объективной оценки результатов лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания.

2. Совершенствованная хирургическая тактика позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Личный вклад соискателя: Охватывает аналитическую проработку литературных источников, разделы клинических и инструментальных исследований, и их теоретическое обобщение. Автор непосредственно принимал участие в 30% операций как оперирующий хирург, а остальные в качестве ассистента и лечащего врача-хирурга.

Апробация результатов диссертации: Основные положения данной диссертационной работы доложены и обсуждены на: заседании научного отдела Национального хирургического центра МЗ КР (г. Бишкек, 2011г.); заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2012г.); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете НХЦ МЗ КР (г. Бишкек, 2013г.).

Публикации по теме диссертации: По теме диссертации опубликовано 10 научных работ из ближнего и дальнего зарубежья.

Внедрение результатов исследования:

1. Разработанный способ лечения внедрен в практику НХЦ МЗ КР и в Центральной городской клинической больнице г. Алматы.

2. Материалы диссертации используются в учебном процессе КГМА МЗ КР.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора использованных источников, описания материала и методов исследований, шести глав собственных исследований и обсуждения результатов, заключения, выводов и списка литературы. Диссертация изложена на 146 страницах 14 шрифтом Times New Roman с полуторным интервалом, содержит 15 таблиц и 9 рисунков. Список использованных источников содержит 213 наименований (отечественных и иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены темы и задачи исследования, изложены научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Геликобактериоз в возникновении язвенного гастродуоденального кровотечения» автором проанализирована достаточно обширная литература, касающаяся проблемы лечения при кровотечениях из гастродуоденальных язв.

Анализ литературных данных позволяет заключить, что проблема лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением остается еще нерешенной и актуальной, требует всестороннего изучения и разработки рациональных методов лечения, которые позволят улучшить результаты хирургического лечения и снизят летальность у данной категории больных.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» изложены общие характеристики клинического материала изучения истории болезни 160 больных. Больные разделены на 2 группы: основная - 96 пациентов и контрольная - 64 больных, у которых клинические, лабораторные, инструментальные, бактериологические, морфологические исследования выполнены в 2006 – 2011 годы в НХЦ МЗ КР и ЦКГБ г. Алматы.

Основная группа в свою очередь разделена на 4 подгруппы: а) 34 больных, у которых кровотечение остановлено спонтанно, в комплексе консервативной терапии получили эрадикацию; б) 24 больных, которым эрадикация проводилась после эндоскопического гемостаза; в) 24 больных, которым эрадикация проводилась после органосохраняющих операции; г) 14 больных, которым эрадикация проводилась после паллиативных операции.

А сравнительную группу составили - 64 больных, которые получили традиционное лечение.

Мужчин было 100 (62,5%), женщин 60 (37,5%), соотношение их составило, соответственно, 2:1. Возраст больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением варьировал в пределах от 15 – до 95 лет. Наибольшее число больных 103(64,4%) были в возрасте от 21 – до 60 лет. Этот возрастной период жизни человека является молодым, зрелым и наиболее трудоспособным. Последнее означает, что изучаемая проблема имеет не только медицинскую, но и социальную значимость.

При поступлении всем больным производилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). При первичном осмотре установлен источник кровотечения в 148 (92,5%) случаях, у 12 (7,5%) пациентов – при повторном осмотре в течение 1 суток. Активность кровотечения оценивалась по критериям Forrest. Активное кровотечение из гастродуоденальной язвы отмечено в 46 (28,8%) случаях, из них в 7 (4,4%) случаях было струйное пульсирующее кровотечение (F IA) и в 39 (23,4%) – подтекание крови из язвы (F IB). Признаки состоявшегося кровотечения (F II A, B) обнаружены у 114 (71,3%) больных (рис.1).

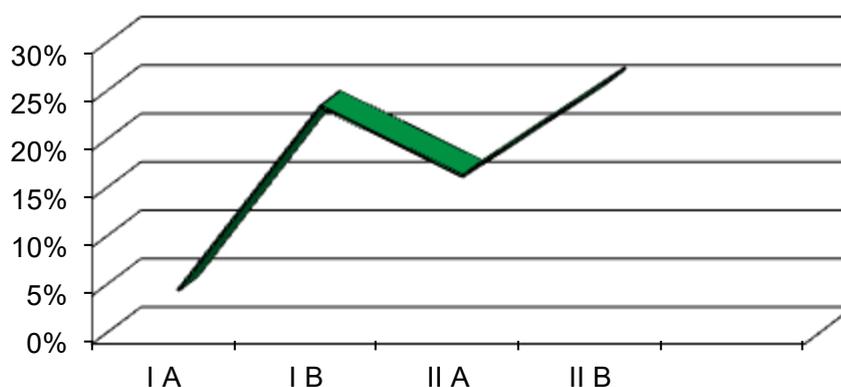


Рис. 1. Эндоскопические признаки активности кровотечения при поступлении больных.

Хроническая язва обнаружена в 148 (92,5%) случаях, в 12 (7,5%) – острая.

Источником кровотечения у пациентов более чем в 2 раза чаще была дуоденальная язва (63,1%), чем желудочная (25,6%). Реже встречались постбульбарные язвы (6,3%), а также сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (5,0%). В последнем случае у 101 (63,1%) больных кровоточила дуоденальная язва.

В желудке у 26 (63,4%) больных язвы локализовались в области тела, в его проксимальном и дистальном отделах - в 4 (9,7%) и 10 (24,3%) случаях соответственно. Множественные язвы желудка были выявлены у 4 (2,5%) больных. Дуоденальные язвы находили на задней стенке у 76 (68,4%) пациентов, у 15 (13,5%) больных - на передней стенке, а также язвы располагались на передне-верхней и передне-нижней стенках двенадцатиперстной кишки, соответственно, в 12 (10,8%) и 8 (5,0%) случаях. Среди них «целующиеся» язвы двенадцатиперстной кишки встречались у 7 (6,3%) пациентов.

Кровотечение явилось первым проявлением язвенной болезни у 58 (36,3%) больных. Язвенный анамнез не превышал 5 лет в 45 (28,1%) случаях, до 10 лет – был у 42 (226,3%) пациентов, 20 лет и более - у 15 (9,4%) больных. Различные виды операций по поводу осложнений язвенной болезни перенесли в анамнезе 14 (8,1%) больных. Из них в 4 (28,6%) случаях выполнена резекция желудка, у 7 (50,0%) пациентов было ушивание перфоративной язвы, у остальных больных - ваготомия и прошивание кровоточащей язвы в 2 (14,3%) и 1 (7,1%) соответственно.

В наших наблюдениях рецидив кровотечения из гастродуоденальной язвы наблюдался в 24 случаях из 160, что составляет 15,0%. При анализе сроков возникновения рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений выявлено, что наибольшее количество рецидивов приходится на первые трое суток нахождения в клинике (рис. 2).

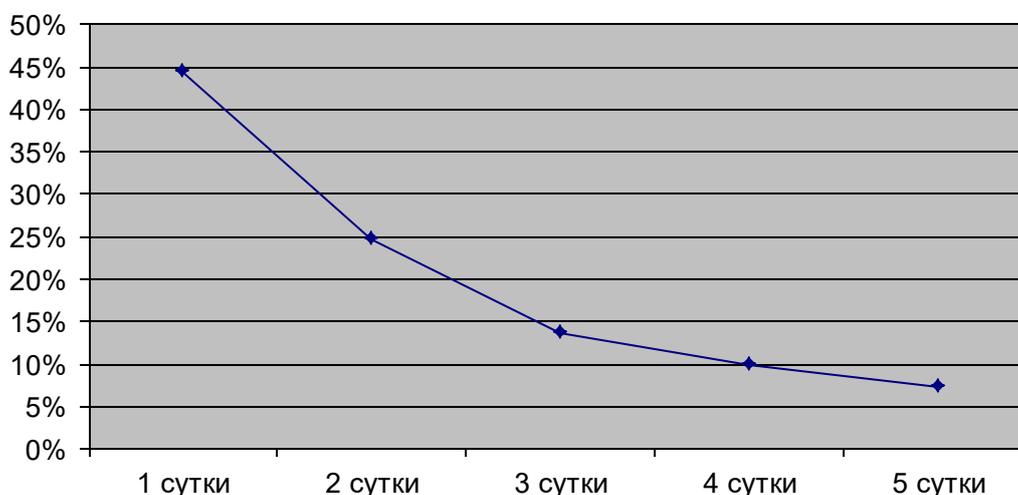


Рис. 2. Распределение больных в зависимости от времени.

В группе сравнения на 1 сутки рецидив наступил у 8 (4,5%) больных, в третьей и первой основной группе был рецидив кровотечения у 1 (0,6%) и 2 (1,1%) соответственно, а во второй клинической группе рецидивов кровотечения не было, на 2, 3 сутки в группе сравнения 4 (2,3%) и 2 (1,1%) случаях соответственно, в остальных клинических группах рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Оперативному лечению подверглись 51 (31,9%) больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. В 37 (23,1%) случаях произведены органосохраняющие операции (ваготомия с дренирующими желудок вмешательствами). Паллиативные операции в виде иссечения или только прошивания кровоточащей язвы произведены у 14 (8,8%) пациентов.

В экстренном порядке оперированы 20 (39,2%) больных, 31 (60,8%) – по отсроченным показаниям. После операции умерло 5 (8,0%) пациента.

Консервативное лечение получали 109 (68,1%) из 160 больных. Летальность в этой группе составила 4 (3,7%). Общая летальность составила 9 (5,6%) больных.

В работе использованы общеклинические методы обследования больного. Анализу подвергнуты наиболее значимые клинические признаки заболевания, данные анамнеза и параклинических методов исследования.

В первые 12 часов от начала кровотечения объем кровопотери нами определено по индексу Альговера. Если от начала кровотечения прошло более 12 часов, то объем кровопотери определили по формуле Мура. Если от остановки кровотечения прошло более 48 часов, то степень кровопотери определили по (А.И. Горбашко, 1982).

Источник кровотечения и устойчивость гемостаза во всех случаях оценивали в ходе ФГДС. Это исследование выполнялось аппаратами с торцовой оптикой «Olympus GIF – E» и видеоэндоскопическим комплексом «Pentax EQ - 2731». Тяжесть кровопотери оценивалась по критериям А. Горбашко, а устойчивость гемостаза оценивали по эндоскопическим критериям J.A.H. Forrest.

Эндоскопический гемостаз осуществлялся инъекционным методом с помощью эндоскопического инъектора (NM – 1K и NM – 8L – 1).

Эндоскопическими биопсийными щипцами производили забор гастродуоденальной слизистой из области язвы и выходного отдела желудка для изучения степени обсемененности *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикации, а также оценивали местные гистологические изменения после эндоскопического гемостаза.

Проводили эндоскопическую рН – метрию у больных, принимавших диетическое питание. Использовали эндоскопический рН – зонд и ацидогастрометр АГМ – 03 производства ГНПП «Исток – Система», г. Фрязино.

Измерительный электрод рН – зонда вводится в биопсийный канал эндоскопа до уровня выходного отверстия. Контакт электрода со слизистой оболочкой желудка проводится в течение 5–10 секунд. Результаты измерения считываются с индикатора ацидогастрометра. Оценку результатов эндоскопической рН-метрии осуществляли по методике В.И. Садовникова и соавт. и Т.Ю. Гроздовой.

Для гистологического исследования биопсийного материала гастродуоденальной слизистой из области язвы производили фиксацию тканей в 10% растворе нейтрального формалина.

Биопсийный материал, взятый у 21 больного после фиксации проводили через парафин. Срезы готовились различной толщины в 7 и в 45 микрон, окрашивались гематоксилин–эозином. Для изучения препаратов использовался микроскоп «Nikon». Микропрепараты были изготовлены и изучены в патогистологической лаборатории Центральной городской клинической больницы (зав. Ивакин В.М.).

Бактериологические исследования проводили неинвазивным методом, включающий дыхательный тест и инвазивным, основанный на взятии биоптатов гастродуоденальной слизистой с микробиологическим методом исследования.

Бактериологическая выделяемость *Helicobacter pylori* из биосубстратов составила 64,4% (103 случаев) из 160. Наряду с этим заслуживает внимания эффективность бактериологического исследования на предмет поиска всех микроаэрофилов, что составляет – 73,2%. Микробный пейзаж слизистой оболочки обследованных представлен следующими микроорганизмами: *Campylobacter* – 42,5% (68 больных), *Bacteroides gracilis* – 8,8% (14 больных), *Clostridium* – 5,4% (3 больного), *Eubacterium limosum* – 3,75% (6 больного), *Veilonella dispar* - 3,75% (6 больных), дрожжи - 3,75% (6 больных).

В третьей главе «Изучение обсемененности гастродуоденальной слизистой *Helicobacter pylori*» обследовано 160 больных неинвазивным методом, включающий дыхательный тест и инвазивным, основанный на взятии биоптатов гастродуоденальной слизистой с исследованием микробиологическим методом, в том числе из слизистой оболочки желудка в 45 случаев и 115 случаев из 12-перстной кишки. Проводили ГЕЛИК – тест 160 больным с использованием индикаторной трубки ИТ – NH₃ по методике Е.А. Корниенко и соавт. Этот тест основан на высокой эндогенной активности уреазы *Helicobacter pylori*. Как известно, уреазы расщепляет мочевины до аммиака и углекислого газа, ощелачивает окружающую среду и тем самым создает условия для жизнедеятельности микроорганизма. По концентрации аммиака во выдыхаемом воздухе делают заключение об инфицированности *Helicobacter pylori*.

Для более углубленного изучения обсемененности гастродуоденальной слизистой *Helicobacter pylori* исследование проведено у 5 групп больных: 96 пациентов были с гастродуоденальными кровотечениями, которым проводилась эрадикационная терапия по разработанной схеме (основная группа), 64—с кровоточащими язвами, которые получили традиционное лечение (контрольная группа).

Положительный уреазный тест наблюдался у 117 (73,1%) больного. Концентрация аммиака в ротовой полости (ΔC) выявлена достоверно выше у пациентов сравнительной группы ($6,0 \pm 1,68$) по сравнению с исследуемой группой ($2,3 \pm 0,41$) ($P < 0,05$).

Бактериологическая выделяемость *Helicobacter pylori* из биосубстратов составила 64,4% (103 случаев). Наряду с этим заслуживает внимания эффективность бактериологического исследования на предмет поиска всех микроаэрофилов, что составляет – 73,2%. Микробный пейзаж слизистой оболочки обследованных представлен следующими микроорганизмами: *Campylobacter* – 42,5% (68 больных), *Bacteroides gracilis* – 8,8% (14 больных), *Clostridium* – 5,4% (3 больного), *Eubacterium limosum* – 3,75% (6 больного), *Veilonella dispar* - 3,75% (6 больных), дрожжи - 3,75% (6 больных).

Предлагаемый способ подсчета обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* является простым, удобным и позволяет с высокой степенью точности определить количество вегетирующих микробных клеток, указывающее на их этиологическую причастность к язвенной болезни и ее осложнений, что может служить основой для объективной оценки результатов лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания.

В завершение исследования для выделенных культур *Helicobacter pylori* определяли чувствительность штаммов к антибиотикам. Постановка осуществлялась дискодиффузным методом на шоколадном агаре, учитывая их прихотливость.

В четвертой главе «Лечение больных с кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки». *Эндоскопический гемостаз и выбор лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.* Лечение язвенного ГДК необходимо начинать одновременно с проведением неотложной диагностики. При этом в идеале тактика лечения больных должна быть строго индивидуализирована, это касается также установления показаний к операции и выбора ее объема и метода. По таких показателей, как наличие язвенного анамнеза и осложнений язвы в прошлом, локализация и размеры язвы. возраст больного и наличие сопутствующих заболеваний, степень операционного и анестезиологического риска. Это позволяет определить выбор наиболее оптимального способа лечения для каждого конкретного больного.

Как следует из таблицы 1, 75(48,5%) больных с язвенными

гастроудоденальными кровотечениями лечились консервативно и были выписаны без оперативного вмешательства.

Таблица 1 - Способы лечения больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями.

Способы лечения в период за 2007-2012 годы	Всего
Консервативный	78 (48,5%)
Оперативный	82 (51,5%)
ИТОГО	160(100%)

Из 82 (51,5%) оперированных больных были выполнены органосохраняющие и резекционные методы оперативное вмешательства в зависимости от срока поступления больных.

В настоящее время выбор лечебной тактики невозможен без круглосуточной возможности выполнения диагностической и лечебной эндоскопии. Больному с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения эзофагогастроудоденоскопию принято проводить в первый час с момента поступления в стационар. При этом проведение реанимационных и дагностических мероприятий у болных с массивным гастроудоденальным кровотечением должно проходить одновременно. Неотложное проведение гастроудоденоскопии позволяет быстро выявить источник кровотечения, определить его характер, в ряде случаев осуществить эндоскопический гемостаз и, в конечном итоге, помогает хирургу быстро выбрать правильную лечебную тактику.

С целью лечебной эндоскопии мы применили разработанную нами в клинике смесь: аминокaproновая кислота 5% 5,0 мл, норадреналина гидротартрат 0,2% 1,0 мл. Норадреналина гидротартрат при приеме через рот не оказывает общего действия, а в желудочном соке, быстро окисляясь, теряет свой сосудосуживающий эффект, поэтому только инъекционное введение данного препарата обеспечивает гемостатический эффект.

Основываясь на нашем опыте использования эндоскопического гемостаза, мы уточнили признаки устойчивого и неустойчивого гемостаза. Это определяется по эндоскопической картине через 6 и 24 часа после проведенного эндоскопического гемостаза. Так, гемостаз следует считать устойчивым, если в кратере язвы визуализируется плотно фиксированный тромб коричневого и белого цвета или плоское пигментное пятно – гемосидерин, а также чистое дно язвы.

К эндоскопическим признакам неустойчивого гемостаза относим: наличие в полости желудка или двенадцатиперстной кишки свежей крови или содержимого типа «кофейной гущи», когда язва покрыта рыхлым сгустком красного или темно – красного цвета и видимый сосуд с тромбом красного

цвета.

По нашим данным, основное количество рецидивов ГДК происходило у больных в первые 3 суток лечения в стационаре, поэтому при выяснении наличия угрозы рецидива ГДК во время первичной и контрольной ЭГДС мы считаем оправданным у таких больных ставить показания к срочному или отсроченному оперативному вмешательству. Всем больным необходимо постоянно проводить комплекс консервативных мероприятий, который приведен ниже и несколько различался в разных группах пациентов. Рецидив язвенного ГДК в стационаре мы в принципе считаем показанием к выполнению экстренной операции. Мы полагаем, что из этого правила может быть только одно исключение; если степень ОАР слишком велика и больной преклонного возраста не в состоянии перенести экстренное хирургическое вмешательство, то в этом случае необходимо продолжить, попытки эндоскопического гемостаза.

В нашем наблюдении эндоскопический гемостаз был проведен у 45 (28,1%) пациентов из 160. Контрольную группу составили – 21(46,7%) пациентов. Эндоскопический гемостаз был предпринят во время первичной экстренной ЭГДС у всех пациентов с продолжающимся гастродуоденальными кровотечениями (26% больных) и при ненадежном спонтанном гемостазе (30% больных).

Всем пациентам после эндоскопического гемостаза в исследуемой группе применяли тройную схему эрадикации. Основная схема лечения выглядит следующим образом: контролок 40 мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки + метронидазол 1000 мг/сутки = 7 дней.

Через 3 суток парентеральная форма препарата контролок заменялась таблетками.

В сравнительной группе, где проводилась традиционная терапия из 21 пациентов у 4 (19,0%) в первые 3- суток после эндоскопического гемостаза был рецидив кровотечения: на 1- сутки 1, на 2- сутки 1 и на 3-сутки 2 пациентов. А в основной группе из 24 пациентов у 1 (4,2%) на 3-е сутки наблюдалось рецидив кровотечения.

Выбор метода и характеристика оперативного вмешательства при кровотечении из гастродуоденальной язвы.

Выбор метода оперативного пособия и его радикальность зависят от конкретной клинической ситуации — возраста больного, сопутствующей патологии, тяжести состояния, степени операционного риска.

Вопрос определения показаний к оперативному лечению и времени его выполнения является одним из важных в проблеме лечения больных данной категории.

Учитывая вышеизложенное, мы считаем, что экстренная операция должна

предприниматься в течение 2–24 часов с момента поступления больного в стационар.

Отсроченные операции проводятся у больных, если после проведенных двух этапов эндоскопического лечения наблюдается стабильный гемостаз в язвенном кратере. Соответственно эти операции проводятся в течение 24–72 часа.

За период с 2007 по 2012 гг. из наблюдаемых нами 160 больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК были оперированы 82 человека (51,5%), из них в экстренном порядке 27 (32,9%) пациентов, в отсроченном 55 (67,1%) больных (табл. 2).

Таблица 2 - Распределение больных по тяжести кровопотери и срокам оперативного вмешательства.

Тяжесть кровопотери	Вид операции		Всего (%)
	Экстренная	Отсроченная	
Легкая (%)	7 (18,9%)	30 (81,1%)	37
Средняя (%)	11(50%)	11 (50%)	22
Тяжелая (%)	9 (39,1%)	14 (60,9%)	23
Итого (%)	27 (32,9%)	55 (67,1%)	82 (100%)

Как видно из табл. 2, оперативные вмешательства были выполнены в экстренном порядке - 27 (32,9%) а в отсроченном порядке - 55 (67,1%). Из них с легкой степенью кровопотери – 37 больных, со средней степенью кровопотери – 22 больных, с тяжелой степенью кровопотери – 23 больных. Большинство больных оперировано в отсроченном порядке. Операции при легкой степени кровопотери как правило выполнялись у больных со спонтанным гемостазом, но с имеющейся угрозой рецидива язвенного гастродуоденальных кровотечений.

По нашему мнению использование эндоскопического исследования при язвенных гастродуоденальных кровотечениях позволяет выработать лечебную тактику индивидуально в каждом конкретном случае, конкретизировать показания к оперативному вмешательству и обоснованно выиграть время для проведения коррекции нарушений жизненно важных органов и систем.

С внедрением в клиническую практику индивидуализированной хирургической тактики применение органосохраняющих операций значительно расширилось и их количество составило 37. В наших наблюдениях органосохраняющие операции выполнены 37 больным: в основной и контрольной группах 24 и 13 соответственно.

В большинстве случаев - 19 (61,7%) иссечение язвы с стволовой ваготомией, пилоро- или дуоденопластикой произведено в отсроченном порядке.

В группе сравнения оперативному вмешательству подвергнуты 10 (20,3%)

пациентов на высоте повторного кровотечения (табл. 3).

Таблица 3 - Распределение больных в зависимости от срока оперативного вмешательства.

Операция	Стволовая ваготомия с иссечением язвы и дренирующим желудок операциями.			
	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Экстренная	5	20,3	3	23,1
Отсроченная	19	79,7	10	76,9
Плановая	-	-	-	-
Итого:	24	100	13	100

Стволовая ваготомия с иссечением язвы - пилородуоденопластика производилась при локализации источника кровотечения на передней, переднее – верхней и переднее – нижней стенках двенадцатиперстной кишки. В этих ситуациях осуществлялась пилородуоденопластика по методу Джадда. При локализации кровоточащей язвы в области пилорического канала нами произведена дренирующая операция – пилоропластика по методу Гейнеке-Микуличу.

Всем оперированным пациентам в исследуемой группе в послеоперационном периоде назначался эрадикационная квадротерапия по схеме: контролок 40мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки + метронидазол 1000 мг/сутки и дополнительно - гентамицин (240 мг/сутки) или цефтриаксон (1 г/сутки) = 7 дней. Через 5 суток парентеральная форма препарата контролок заменялась таблетками.

В сравнительной группе, где проводилась традиционная терапия из 13 пациентов у 1(7,7%) в послеоперационном периоде на 3- сутки был рецидив кровотечения.

Распределение больных, которым произведены органосохраняющие операции, в зависимости от тяжести кровопотери представлено на рисунке 3.

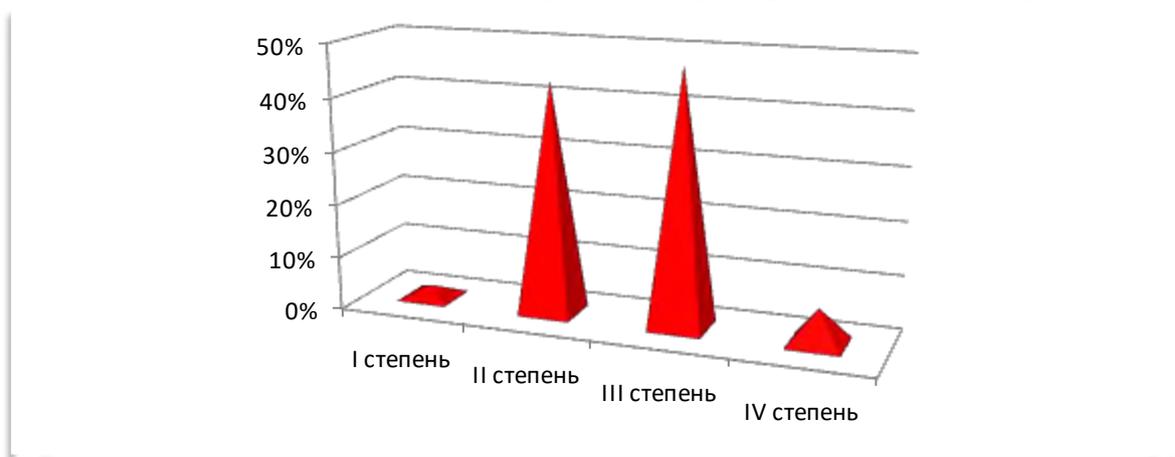


Рис. 3. Частота выполнения органосохраняющих операций в зависимости от тяжести кровопотери.

Из рисунка 3 видно, что органосохраняющие операции выполнялись преимущественно при средней и тяжелой степени кровотечения. Так, при II степени кровопотери оперированы 20 (54,1%) больных, при III степени – 17 (45,9%) больного. Это вполне логично, так как эти операции менее травматичные и быстро выполнимые, а также влияют на патогенетические механизмы заболевания, что важно для данной категории больных.

В исследуемой группе из 24 пациентов оперированных рецидивов кровотечения не наблюдался, а из 13 пациентов оперированных в группе сравнения, рецидив кровотечения был у 1(7,7%) .

Паллиативные операции больных при кровотечении из гастродуоденальной язвы.

Паллиативные операции - это только иссечение или только прошивание язвы с перевязкой левой желудочной артерии или без нее. Объем операции зависит от характера источника с его локализацией, тяжести кровопотери и состояния больного, а также от срочности ее выполнения.

Гастродуоденотомию с прошиванием кровоточащего сосуда в сочетании с пилоропластикой и стволовой ваготомией целесообразно применять только у больных в крайне тяжелом состоянии (при наличии геморрагического шока III-IV степени, выраженной сопутствующей патологии и в старческом возрасте [Хайруллин И.И., 2008].

Паллиативные операции нами произведены у лиц старших возрастных групп с выраженной сопутствующей патологией.

Паллиативные операции иссечение или прошивание кровоточащей язвы с последующей пилородуоденопластикой без ваготомии нами произведены в 20 (12,5%) случаях из 160 (табл. 4).

Таблица 4 - Распределение больных по методу оперативного лечения.

Кровотечение	Прошивание кровоточащей язвы		Иссечение кровоточащей язвы		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичное	8	72,8	6	66,6	13	65
Рецидивное	3	27,2	3	33,3	7	35
Итого:	11	100	9	100	20	100

Прошивание кровоточащей язвы выполнено у 11(55,0%) больных, в остальных случаях у 9 (45,0%) пациентов выполнены иссечение язвы.

На высоте кровотечения при поступлении больного в клинику экстренно оперировано 13 (65%) пациентов. 7 (35%) больных оперированы вследствие рецидива гастродуоденального кровотечения.

Прошивание кровоточащей язвы предпринималась при локализации язвы в желудке в 5 случаях, а при язвах двенадцатиперстной кишки – в 6 случаях. Из них у 2 больных прошивание желудочной язвы дополнено перевязкой левой

желудочной артерии. Иссечение язвы производили у 6 и 3 пациентов соответственно.

13 больным после паллиативной операции независимо от того, выполнено прошивание или иссечение кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки нами проводилась эрадикационная квадротерапия по схеме: контролок 40 мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки+метронидазол 1000 мг/сутки и дополнительно - гентамицин (240 мг/сутки) или цефтриаксон (1 г/сутки) = 7 дней.

Через 6 суток парентеральная форма препарата контролок заменялась таблетками.

В группе перенесшей прошивание кровоточащей язвы, которым проводилась эрадикационная терапия, в 3 (50,0%) случаях в послеоперационном периоде наблюдался рецидив кровотечения на 2 и 3-е сутки у 2(33,3%) и 1(16,7%) соответственно.

А в группе перенесшей иссечение кровоточащей язвы с последующей пилоро- или дуоденопластикой, где проводилась эрадикационная квадротерапия по разработанной схеме, у 3(21,4%) наблюдалось рецидив кровотечения, на 2 –е и 3-е сутки.

Изучение зависимости проведения паллиативных оперативных вмешательств от тяжести кровотечения показало, что основная масса больных (80,5%) оперированы при тяжелой и крайне тяжелой степени кровотечения (Рис. 4).

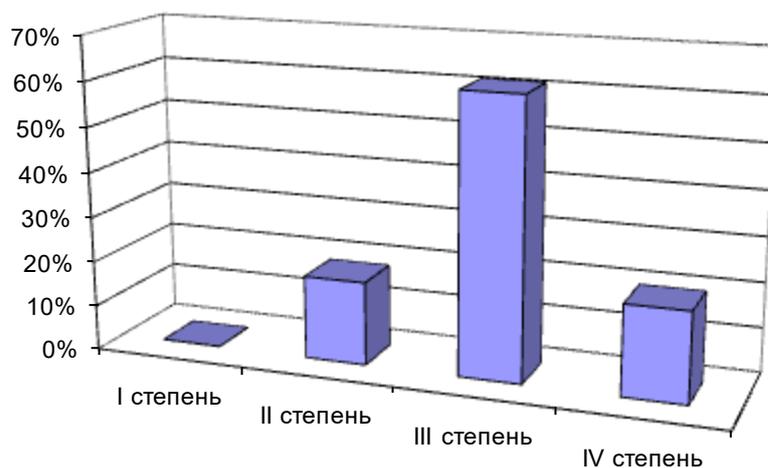


Рис. 4. Частота выполнения паллиативных операций в зависимости от тяжести кровопотери.

Как правило, в данной ситуации основной задачей хирурга является спасение жизни пациента, для чего необходимо использовать оперативное пособие, позволяющее остановить кровотечение в максимально короткое время.

В пятой главе «Эрадикационная терапия у больных с гастродуоденальной язвой осложненной кровотечением».

Одним из стратегических позиции в лечении язвенной болезни и ее осложнений является воздействие на ее патогенетические механизмы возникновения. Оно определяется эффективностью эрадикационной и антисекреторной терапии, которая зависит от правильного выбора препаратов и их дозы. Поэтому оптимизация схем антигеликобактерной и антисекреторной терапии и режима приема лекарственных средств является важным фактором, способствующим улучшению результатов лечения у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Известно, что решением Маастрихтского консенсуса в 2005 году по изучению *Helicobacter pylori* для эрадикационной терапии рекомендуется тройная - и квадротерапия с применением ингибиторов протонной помпы. Для успешного лечения необходимо назначать одновременно не менее двух антигеликобактерных средств. Наряду с этим важно чтобы контроль эффективности эрадикационной терапии эзофагогастродуоденоскопией проводился через 4 - 6 недель после ее окончания.

По данным Ф.Х. Мансуровой и соавт., отмечена наибольшая эффективность эрадикационной терапии с использованием ингибитора протонной помпы – пантопразол (контролок) при эрозивно-язвенных кровотечениях, что улучшило результаты лечения и способствовало снижению рецидивов кровотечений. К тому же применение более эффективного пантопразола (контролок) вместо блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов (циметидин, ранитидин, фамотидин) значительно улучшит эффективность лечения. Пантопразол (контролок) фигурирует в рекомендациях Российской группы по изучению *Helicobacter pylori* в качестве компонента антигеликобактерной терапии.

Учитывая полученные нами данные, для эрадикационной терапии у данной категории больных в зависимости от чувствительности к микробам назначали следующие схемы лечения:

- у больных, получавших консервативное лечение применяли тройную схему эрадикации. Основная схема лечения выглядит следующим образом: контролок 40 мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки + метронидазол 1000 мг/сутки = 7 дней.

- у оперированных больных использовали квадротерапию: контролок 40 мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки + метронидазол 1000 мг/сутки и дополнительно - гентамицин (240 мг/сутки) или цефтриаксон (1 г/сутки) = 7 дней.

Через 3 суток парентеральная форма препарата контролок заменялась таблетками.

Для конкретного изучения эффективности эрадикационной терапии в основной группе мы 96 пациентов разделили на 4 подгруппы:

А) 34 больных, у которых кровотечение остановлено спонтанно, в комплексе консервативной терапии получили эрадикацию.

Б) 24 больных, которым эрадикация проводилась после эндоскопического гемостаза.

В) 24 больных, которым эрадикация проводилась после органосохраняющих операций.

Г) 14 больных, которым эрадикация проводилась после паллиативных операции.

В первой подгруппе из 34 больных, которые получали тройную схему эрадикации (контролок 40 мг в сутки + ципрофлоксацин 1000 мг/сутки + метронидазол 1000 мг/сутки = 7 дней) наблюдали рецидив кровотечения у 6 (17,6%) пациентов, когда в сравнительной группе из 24 неоперированных больных, которые получали традиционное лечение у 5 (20,8%) был рецидив кровотечения.

Во второй подгруппе из 24 пациентов рецидив кровотечения наблюдали у 1(4,2%) больного, а в сравнительной группе из 21 больных проведенных эндоскопический гемостаз рецидив кровотечения был у 4(19,0%) пациентов на 2-е и 3-е сутки.

В подгруппе больных, где были произведены органосохраняющие операции из 24 пациентов рецидивов кровотечений не наблюдались, в контрольной группе из 13 оперированных в 1 (7,7%) случае встречался рецидив кровотечения.

После выполненных паллиативных операции в основной группе из 14 в 3 (21,4%) и в контрольной из 6 (50,0%) в 3 случаях встречались рецидивы кровотечения.

Из 24 (15,0%) больных с рецидивом кровотечения из геликобактер - ассоциированной гастродуоденальной язвы оперировано 21. В 1 случае больной отказался от операции, 2 пациента имели высокий риск анестезиологического пособия и операции. Им проведен программированный эндоскопический гемостаз по методике профессора А.Т. Джумабекова и комплексная консервативная терапия. Общее количество неоперированных пациентов составило 3.

Всем больным после установления геликобактериоза назначалась эрадикационная терапия. После органосохраняющих и паллиативных оперативных вмешательств антисекреторная терапия назначалась сразу после операции, а эрадикация к концу 1 – х суток.

Клиническую эффективность проводимой терапии оценивали по динамике болевого синдрома, тошноты и изжоги – основных клинических проявлений

язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Как известно, при кровотечении из язвы болевой синдром исчезает – симптом Бергмана. В наших наблюдениях этот симптом был положительным у 24 (25,0%) больных. Тошнота и изжога наблюдались в 16 (16,7) и 19 (19,8%) случаях соответственно.

На второй день лечения болевой синдром купирован у всех больных, на тошноту и изжогу жаловались, соответственно, 3 (3,1%) и 8 (8,3%) из 96 пациентов. К моменту выписки из стационара (5 - 7 сутки) все диспепсические явления купированы полностью.

В группе больных с язвенным кровотечением во время проведения эрадикации рецидив кровотечения не отмечался. После завершения курса антигеликобактерной терапии больным назначали 3 – недельный прием ингибитора протонного насоса - контролок. Учитывая возникающее вторичное иммунодефицитное состояние после острой кровопотери с целью стимуляции иммунобиологических сил организма прием метронидазола увеличивали до 10 - 14 дней.

Больные после выписки из хирургического стационара направлялись для дальнейшего долечивания в отделения гастроэнтерологии.

Эффективность лечения оценивали через 4 недели с помощью ГЕЛИК – теста с использованием индикаторной трубки ИТ – NH₃, эндоскопически и микробиологически. Полное рубцевание язвенных дефектов установлено у 56 (96,6%) из 58 неоперированных больных. В 2 (3,4%) случаях происходило заметное уменьшение размеров язвы. ГЕЛИК – тест был отрицательным у всех 56 пациентов.

Итак, эффективность эрадикации возрастает, если проводится бактериологическое исследование биопсийного материала слизистой гастродуоденальной зоны с определением чувствительности *Helicobacter pylori* к антибиотикам. Назначение трехкомпонентной терапии (контролок + ципрофлоксацин + метронидазол) создает оптимальные условия для уменьшения рецидивов кровотечения из язвы, быстрого купирования болевого и диспепсического синдромов, уменьшения выраженности воспалительных изменений гастродуоденальной слизистой и рубцевания язвенного дефекта.

Таким образом, в послеоперационном периоде назначение по разработанной схеме антисекреторной и антигеликобактерной терапии больным с язвенным гастродуоденальным кровотечением позволяет улучшить результаты лечения.

В шестой главе «Результаты лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями». Внедрение в клиническую практику эндоскопического гемостаза, применение эрадикационной терапии по разработанной нами схеме позволило значительно снизить рецидив

кровотечения из гастродуоденальной язвы (рис. 5).

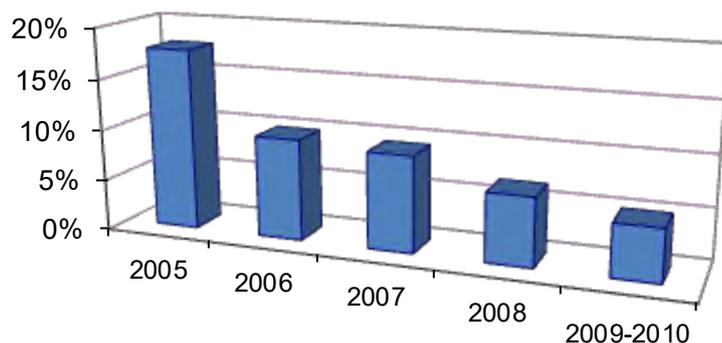


Рис. 5. Частота рецидива кровотечения из гастродуоденальной язвы в различные годы.

Из рисунка видно, что частота рецидива кровотечения за последние годы снизилась в 3,5 раза с 17,8% до 5,1%.

Анализ результатов лечения пациентов получавших консервативную терапию показал, что летальность в этой группе наблюдалась у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Их возраст был от 60 – до 85 лет.

У данной категории больных тяжелое состояние, обусловленное не столько кровотечением, сколько интеркуррентными заболеваниями, явилось показанием к проведению консервативной терапии.

Причиной смерти явились: острый инфаркт миокарда (1), острое нарушение мозгового кровообращения (2), цирроз печени с декомпенсацией печеночной деятельности (2), тяжелая алиментарная дистрофия (1), острая сердечно – сосудистая недостаточность на фоне нарушения ритма и проводимости сердца (3).

В том числе, крайне тяжелая степень кровопотери из хронической язвы желудка привела к смерти 1 больного, который был доставлен в клинику в агональном состоянии. Во всех случаях, кроме последнего, кровотечение было остановленное, больные получали комплексную консервативную терапию, из – них 3 пациентам произведен эндоскопический гемостаз.

Нам удалось добиться снижения летальности при неоперативных методах лечения больных с кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, в контрольной группе из 64 больных, получавших консервативную терапию умерло 5 (7,8%) пациентов, тогда как в исследуемой группе из 96 случаев летальный исход наблюдался в 4 (4,2%). Это достигнуто, по видимому, за счет эффективности эрадикации, антисекреторного лечения и использования эндоскопического гемостаза.

В наших наблюдениях, в обеих сравниваемых группах, хирургическая активность составила 31,8%, были оперированы 82 из 160 пациентов.

С 2005 – по 2010 гг. общая летальность снизилась с 8,6% - до 5,6%, а

послеоперационная – с 19,1% - до 9,8%. Различие статистически значимо.

Частота обнаружения НР до 3-х лет - из тела желудка у больных в контрольной группе составила – у 3(20,0%), а в основной – у 1 (6,7%), у больных с ЯБДПК в сравнительной – у 5(25,0%) и в исследуемой – у 2(10%), от 3-х до 5-и лет в основной группе так же у 1 (6,7%), а в группе сравнения у 3 (20,0%).

По завершению антигеликобактерной и антисекреторной терапии в первой группе отмечено улучшение или восстановление кислотообразующей функции желудка у 84 из 96 пациентов и при этом наблюдали уменьшение показателей рН-метрии желудочного сока с 5,2+0,3 до 3,3+0,1 (p <0,05).

Результаты паллиативных операций с язвенным гастродуоденальным кровотечением. После 20 операций иссечения и прошивания кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки, наблюдали 6 (30%) осложнений, которые отражены в табл. 5.

Таблица 5 - Осложнения после иссечения и прошивания кровоточащих язв.

Характер осложнения	Число осложнений	%
Несостоятельность пилоропластики	1	5
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	5
Полиорганная недостаточность	3	15
Эвентрация	1	5
ИТОГО	6	30

Таким образом, послеоперационная летальность после операций минимального объема составила 4 (20%) больных из 20 больных, все они были пожилого и старческого возраста.

Анализ летальных исходов после экстренных операций минимального объема показывает, что у большинства умерших пациентов были тяжелые сопутствующие заболевания, обусловившие резкое снижение защитных сил организма.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 5 (13,51%) из 37 больных. Среди них у 1 больного возникло частичное нагноение послеоперационной раны, у 1 человека развилась пневмония, и у 1 - гастростаз (табл. 6). Все эти осложнения были ликвидированы консервативно.

Таблица 6 - Осложнения после органосохраняющих операций.

Характер осложнений	Число осложнений	%
Гастростаз	1	2,7
Диарея	2	5,4
Пневмония	1	2,7
Нагноение раны	1	2,7
ИТОГО	5	13,51

Характерным осложнением стволовой ваготомии явилась постваготомическая атония желудка и диарея легкой степени, которая наблюдалась у 3 (7,7%) оперированных больных.

Обращает на себя внимание сравнительно небольшое число нетяжелых осложнений и отсутствие летальности после органосохраняющих операций, и мы должны отметить, что сравнительно несложные, малотравматичные, полностью сохраняющие такой важный орган, как желудок, обеспечивающие быстрый и выраженный клинический эффект, органосохраняющие операции в нашей клинике завоевали прочное место в хирургическом лечении кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, используемая нами активно-индивидуализированная тактика лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями дала хорошие результаты. Накопленный положительный опыт лечения пациентов с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки позволил нам активнее внедрять комбинированный эндоскопический гемостаз в различных группах больных. Снижение доли экстренных паллиативных операций ушивания или иссечения кровоточащих язв, дающих у тяжелых больных большое количество осложнений и высокую летальность, за счет усовершенствования методов консервативного лечения, а также повышения доли срочных, отсроченных и плановых операций, среди которых должны преобладать радикальные вмешательства, позволяет рассчитывать на дальнейшее улучшение результатов хирургического лечения.

Улучшение непосредственных результатов лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением мы объясняем рядом факторов:

1. Использование эндоскопического гемостаза с применением эрадикационной терапии у больных с кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет достичь надежного гемостаза, снизить риск рецидива кровотечения.

2. Внедрение в клиническую практику строго индивидуализированной активной хирургической тактики на основе эндоскопического гемостаза, применения комплексной консервативной терапии позволило при тяжелом кровотечении увеличить количество органосохраняющих и значительно сократить число паллиативных операций.

3. Комплексная консервативная терапия с применением эрадикационной и антисекреторной терапии позволили существенно повысить результаты операций и в конечном итоге результаты лечения.

Таким образом, применявшиеся нами принципы комплексного использования эндоскопического гемостаза и применения эрадикационной, антисекреторной терапии позволили улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, значительно снизить

количество осложнений после операций, сократить частоту как общей, так и послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ

1. Изучение обсемененности гастродуоденальной слизистой инфекцией *Helicobacter pylori* у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями основанная на бактериологическом методе позволило выявить наличие геликобактериоза у 30 (66,7%) больных в желудке и у 73 (63,5%) больных в двенадцатиперстной кишке.

2. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также при высокой степени операционного и анестезиологического риска методом выбора является консервативная терапия на основе комбинированного эндогемостаза.

3. Разработанная схема антигеликобактерной эрадикационной терапии является высокоэффективным и позволяет достичь эрадикацию *Helicobacter pylori* на 96,6% у неоперированных и на 78,9% оперированных.

4. Усовершенствованная хирургическая тактика позволяет снизить число рецидивов с 21,0% на 7,9%, послеоперационную летальность с 7,8% на 1,9%.

5. Комплексный подход в лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением позволил значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Изучение обсемененности *Helicobacter pylori* необходимо использовать у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением для определения причастности геликобактериоза в возникновении кровотечения.

2. Использование в схеме эрадикационной терапии ингибитора протонной помпы (контролок) и ципрофлоксацина является высокоэффективным.

3. Применение разработанной эрадикационной терапии в комплексном лечении после эндоскопического гемостаза, органосохраняющих и паллиативных оперативных вмешательств значительно улучшает результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Геликобактериоз у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2012. - № 2 (104). – С. 66-68.

2. Эффективность применения ингибиторов протонной помпы у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2012. - № 2 (104). – С. 69-73.

3. **Каштаев, Р.Е.** Влияние степени обсемененности гастродуоденальной слизистой *Helicobacter pylori* на рецидив кровотечения из язвы [Текст] / Р.Е. Каштаев // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - №1. – С.14-17.

4. Выбор метода лечения язвенной болезни в сочетании с патологией гастропанкреатодуоденальной зоны [Текст] / [Х.А. Дасибеков, Н.Н. Маматов Р.Е. Каштаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - №1. – С.21-26.

5. **Каштаев, Р.Е.** Хирургическая тактика при кровотечении из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Р.Е. Каштаев // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2012. - №1. – С.29-33.

6. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2012. - №1. – С. 33-36.

7. Принципы хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - № 2. – С. 38- 48.

8. **Каштаев, Р.Е.** Геликобактериоз в возникновении язвенного гастродуоденального кровотечения [Текст] / Р.Е. Каштаев // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - № 2. – С. 129- 135.

9. Эндоскопический гемостаз и выбор лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2013. - № 1. – С. 2- 5.

10. Выбор метода и характеристика оперативного вмешательства при кровотечении из гастродуоденальной язвы [Текст] / [Э.У. Алыбаев, А.Т. Джумабеков, Р.Е. Каштаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2013. - № 1. – С. 5-10.

Каштаев Рустем Елемесовичтин 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасынын кан агып кеткен дартын хирургиялык жана эрадикациялык дарылоосунун өркүндөтүү жолдору» темасындагы диссертациясына

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: ашказан жана он эки эли ичегинин жарасынын кан агуу дарты, геликобактериоз, эрадикациялык дарылоо жолу, эндоскопиялык кан токтотуу, мучо сактоочу операция.

Изилдөөнүн максаты: ашказан жана он эки эли ичегисинин жарасынын кан аккан мезгилдеги геликобактер пилориге каршы дарылоо жолу өркүндөтүү.

Изилдөөнүн объектиси: ашказан жана он эки эли ичеги жарасынын канн агуу дартына кабылган 160 орулуу.

Изилдөөнүн усулдары: жалпы клиникалык, лабораториялык, аспаптык.

Изилдөөнүн жыйынтыгы жана жаңылыгы.

Helicobacter pylori микробунун ашказан кондойчосуно жайылышынын так изилдоосу, ашказандын жарасына, кан отуусуно тиешеси бардыгын жана анын

дарылоонун жыйынтыгынын оркундошун аныктайт.

Геликобактер пилориге каршы оркундотулгон дарылоо жолу ашказан жана он эки эли ичегинин жарасын, кан агуусун бир кыйла азайтып, тез айыктыра алат.

Ашказан жана он эки эли ичегинин, кан аккан жаранын дарылоодогу хирургиялык жолу оркундотулду.

Пайдалуу чөйрөсү. Хирургия

Библиография: Диссертациялык иш Times new Roman шрифти менен 146 бетте жазылып 16 таблица, 9 сүрөт менен коштолгон. Адабияты: 213 илимий булакты катып, жакынкы жана алыскы чет олколук авторлордон турат.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Каштаева Рустема Елемесовича на тему: «Пути оптимизации хирургического лечения больных с эрадикационной терапией при язвенной болезни осложненной гастродуоденальным кровотечением» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва осложненная кровотечением, геликобактериоз, эрадикационная терапия, эндоскопический гемостаз, органосохраняющие операции.

Объект исследования: 160 больных гастродуоденальной язвой осложненной кровотечением.

Цели исследования: Улучшить результаты лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, инструментальные.

Полученные результаты и их новизна: Изучена обсемененность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, которая позволяет с высокой степенью точности определить количество вегетирующих микробных клеток, указывающее на их этиологическую причастность к язвенной болезни и возникновения кровотечения, что может служить основой для объективной оценки результатов лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания.

Разработана схема антигеликобактерной терапии, которая является патогенетическим подходом в консервативной терапии больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением и создает оптимальные условия для уменьшения рецидивов кровотечения из язвы, уменьшения выраженности воспалительных изменений гастродуоденальной слизистой и рубцевания язвенного дефекта.

Совершенствована хирургическая тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Библиография: Диссертация изложена на 146 страницах 14 шрифтом Times New Roman с полуторным интервалом, содержит 16 таблиц и 9 рисунков. Список использованных источников содержит 213 наименований (отечественных и иностранных).

SUMMARY

thesis Kashtaeva Rustem Yelemesovich on "Optimization path of surgical treatment with eradication therapy for patients with peptic ulcer complicated with gastroduodenal bleeding" for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.17 - Surgery.

Key words: gastroduodenal ulcer complicated by bleeding, gelikobakterioza, eradication therapy, endoscopic hemostasis, organ-saving operations.

Object of study: a clinical study of 160 patients of gastroduodenal ulcers complicated by bleeding.

Study objectives: To improve outcomes in patients with bleeding gastroduodenal ulcer aetiology.

Methods: clinical, laboratory and instrumental.

These results and their novelty: A study contamination of the gastric mucosa *Helicobacter pylori*, which allows a high degree of accuracy to determine the amount of vegetative microbial cells, indicating their involvement in the etiological ulcers and bleeding, which can serve as a basis for objective assessment of treatment outcome and prognosis of further of the disease. The scheme antigelikobakterial therapy, which is a pathogenetic approach to the conservative treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding and creates optimal conditions for reducing the recurrence of bleeding from an ulcer, reducing the severity of gastroduodenal mucosal inflammatory changes and scarring of the ulcer.

To improve the surgical treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding.

Bibliography: Dissertation presented on 146 pages 14 Times New Roman font with single spacing, contains 16 tables and 9 figures. The list of references includes 213 names of authors from near and far abroad.

Подписано к печати 26.09.2013г. Формат бумаги 60x90/16.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,5 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 216.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»