

УДК 617,55

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ГЕМОБЛОК» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

С. Г. Терещенко, А. В. Плоткин, Л. В. Мечева

Резюме. В работе проведена клиническая оценка эффективности эндоскопического применения гемостатического средства «Гемоблок» в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений. В исследование были включены 467 больных, в комплексном лечении которых использовали эндоскопическое орошение и/или обкалывание гемостатическим препаратом «Гемоблок». Показано, что эндоскопическое применение препарата «Гемоблок» в комплексном лечении кровоточащих гастродуоденальных язв сокращает частоту рецидивов кровотечения в 2 раза, снижает оперативную активность в 3 раза и летальность от кровопотери в 2,3 раза.

Ключевые слова: эндоскопический гемостаз, гастродуоденальное кровотечение, гемостатическое средство «Гемоблок».

ENDOSCOPIC APPLICATION OF HEMOSTATIC AGENT HAEMOBLOCK IN COMPLEX TREATMENT OF GASTROINTESTINAL ULCERATIVE BLEEDING

S. G. Tereschenko, A. V. Plotkin, L. V. Mecheva

Summary. The clinical evaluation of the efficacy of endoscopic application of the haemostatic solution «Haemoblock» in the complex treatment of gastroduodenal bleeding was carried out. The study included 467 patients who were treated endoscopically with appliance of «Haemoblock» haemostatic solution by irrigation and/or injection. It was shown that the endoscopic application of the «Haemoblock» in the complex treatment of hemorrhage from gastroduodenal ulcers reduces the frequency of bleeding recurrences by a factor of 2, reduces operative activity by 3 times and lethality from blood loss by 2,3 times.

Keywords: endoscopic hemostasis, gastroduodenal bleeding, haemostatic device «Gemoblock».

Введение

Методы эндоскопического гемостаза играют важную роль в лечении больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями [3, 7, 9]. Совершенствование эндоскопического гемостаза должно идти за счет разработки медика-

ментозных препаратов и методов, оказывающих минимально негативное воздействие на источник кровотечения и окружающие его биоткани.

Актуальность подобных разработок очевидна в связи с увеличением количества эрозивно – язвенных поражений

у больных преклонного возраста, а также у пациентов, имеющих тяжелую патологию (сердечно-сосудистую, нейрохирургическую, травматологическую и др.), требующую хирургической коррекции [2]. Осложненное течение эрозивно-язвенной патологии является противопоказанием к хирургической коррекции основного заболевания, а оперативное лечение по поводу кровотечения, даже в минимальном объеме, может привести к летальному исходу. В лечении таких больных необходимо максимально использовать возможность эндоскопического воздействия не только с целью остановки кровотечения, но и для эффективного воздействия на процесс заживления.

В настоящем исследовании выбор пал на местный гемостатический препарат «Гемоблок» [6]. Препарат является биологически активным гемостатиком нового поколения и обладает следующими особенностями, важными для эндоскопического применения:

1. Жидкая форма обеспечивает технически простой способ доставки к дефекту биоткани.

2. Препарат может использоваться при любом типе дефекта биоткани, не требует подготовки его и окружающей слизистой оболочки перед нанесением.

3. Быстрота действия, гемостаз наступает за 1–2 минуты.

4. Не токсичен; не травмирует биоткань в месте применения; не имеет повреждающего действия на слизистую оболочку.

5. После применения препарата не нарушается визуализация границ и расположения дефекта биоткани.

6. Препарат не требует смывания.

В литературе имеются немногочисленные работы по его применению в хирургической практике [1, 4, 5, 8].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острыми гастроудоденальными кровотечениями путём эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок».

Материал и методы

В исследование были включены 467 больных, в том числе пожилого и стар-

ческого возраста, страдающие различной патологией и поступившие в терапевтические и хирургические отделения ГБУЗ МЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для консервативного лечения или хирургической коррекции. Лечение этих больных осложнилось развившимся острым гастроудоденальным кровотечением.

Проведённый анализ показал, что гастроудоденальные кровотечения чаще наблюдались у мужчин – 326 (70%) больных, чем у женщин – 141 (30%). Возраст больных колебался от 60 до 93 лет и составил в среднем 60,5 лет.

В зависимости от характера источника кровотечения больные распределились следующим образом: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 211 (45%), симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 256 (55%). Последние являются вторичными поражениями желудка и ДПК в связи с длительным приемом НПВП, кортикостероидов и др., на начальных этапах диагностики их трудно дифференцировать с язвенной болезнью. В нашем исследовании язвенные поражения сочетались с эрозивными у 220 (48%) больных. У 177 (38%) больных язвы локализовались в двенадцатиперстной кишке, у 290 (62%) – в желудке. Множественность язвенного поражения отмечена у 116 (25%), сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено у 44 (9%). Размеры язвенных дефектов больных варьировали от 0,5 до 2,5 см.

Для уточнения диагноза в ранние сроки (не позднее 2 часов от начала поступления) всем больным производили неотложную фиброгастроудоденоскопию для определения источника, типа и характера кровотечения.

Все больные в зависимости от применяемого лечебного комплекса были разделены на две равнозначные группы: основную 240 (51,3%) и группу сравнения 227 (48,7%).

Согласно эндоскопической классификации кровотечений (Y. Forrest, 1987) больные распределились следующим образом:

Forrest I A имел место у 66 (14%) больных, из них 32 (48,4%) – пациенты основной группы, 34 (51,6%) – пациенты группы сравнения, Forrest I B имел место у 92 (20%), соответственно 47 (51%) – пациенты основной группы и 45 (49%) – пациенты группы сравнения, Forrest II A имел место у 111 (24%), соответственно 60 (54%) – пациенты основной группы и 51 (46%) – пациенты группы сравнения, Forrest II B имел место у 131 (28%), соответственно 65 (49,6%) – пациенты основной группы и 66 (51,4%) – пациенты группы сравнения, Forrest II C имел место у 67 (14,3%), соответственно 33 (49,2%) – пациенты основной группы и 34 (50,8%) – пациенты группы сравнения.

В лечении больных основной группы использовали комбинированный метод эндоскопического гемостаза: у больных с кровотечением вначале производили орошение с препаратом «Гемоблок» с помощью различных распыляющих катетеров, введенных в биопсийный канал эндоскопа. Прицельно сверху вниз малыми порциями орошали источник кровотечения, в среднем объеме 50–100 мл. При установлении границ источника кровотечения для усиления гемостаза производили обкалывание эндоскопическими инъекторами. Игла эндоскопического инъектора, проведенная через биопсийный канал эндоскопа, вкалывалась на максимальную глубину в периульцерозной зоне в 2–3 мм от источника кровотечения поочередно из 5–6 точек. Через инъектор в стенку органа вводили препарат до образования отчетливого выбухающего валика вокруг источника кровотечения. При продолжающемся кровотечении, когда удавалось определить локализацию источника, обкалывание выполняли последовательно: паравазально, затем в основание тромба (сосуда) и заканчивали инфильтрацией краев язвенного дефекта.

Механизм инфильтрационного гемостаза заключается в остановке кровотечения за счет гидравлической компрессии сосудов, усиления местного тромбообразования и склероза в непосредственной близости

от источника геморрагии, достигаемых перифокальными инъекциями.

В группе сравнения использовались электрокоагуляция и инъекционный метод.

У больных с неустойчивым гемостазом, обнаруженном при первичном осмотре или в процессе динамического наблюдения за больным после успешного предыдущего (первичного) гемостаза, применяли способ эндоскопического орошения и/или обкалывания «Гемоблоком» для профилактики рецидива кровотечения. Инфильтрацию проводили без определенной последовательности. В группе сравнения использовались общепринятые методы эндоскопической профилактики рецидива кровотечения.

У больных основной группы при Forrest II A область дефекта биоткани орошали «Гемоблоком» с целью улучшения визуализации имеющихся тромбированных сосудов и выявления новых, что позволяло оптимизировать последующее обкалывание дефекта биоткани раствором «Гемоблока».

При Forrest II B у больных основной группы фиксированный к дефекту биоткани сгусток крови орошали раствором «Гемоблока» для его укрепления, обкалывали основание тромба, далее производили срезание сгустка диатермической петлей, в последующем орошали «Гемоблоком». При появлении капиллярного кровотечения орошали и после улучшенной визуализации для профилактики рецидива кровотечения дефект биоткани обкалывали «Гемоблоком». В группе сравнения при Forrest II B препарат «Гемоблок» не использовали, эндоскопическая профилактика при срезании сгустка проводилась по традиционным методикам.

У больных основной группы с признаками остановившегося кровотечения Forrest II C, обнаруженными при первичном осмотре или в процессе динамического наблюдения после успешного предыдущего (первичного) гемостаза, применяли способ эндоскопического орошения «Гемоблоком», как для профилактики кровотечения, так и для улучшения заживления.

В группе сравнения с кровотечением типа Forrest II C профилактика проводилась по стандартным методикам без препарата «Гемоблок».

В комплексном лечении больные основной и группы сравнения получали общую гемостатическую, противоязвенную, инфузионную, патогенетическую, симптоматическую терапию. Особенностью противоязвенного лечения было назначение всем больным ингибиторов протонной помпы в виде внутривенных инфузий с последующим переходом на пероральный приём препаратов. Показанием к экстренному оперативному лечению являлись: продолжающееся гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза, рецидив язвенного кровотечения в стационаре при установленном диагнозе гастродуоденальной язвы. В случаях, когда кровотечение сопровождалось геморрагическим шоком, а при экстренном исследовании выявлялся тромбированный сосуд или сгусток в язве, проводимые лечебные мероприятия носили временный характер и активно использовались для подготовки к срочной операции.

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

Всем больным производили лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, производились морфологические исследования биопсийного материала.

Статистическая обработка данных проводилась методом параметрического анализа критерия Стьюдента (t) для несвязанных совокупностей с использованием электронного ресурса www.medstatistic.ru. При анализе полученных в ходе исследования данных были рассчитаны средние величины, их средние стандартные ошибки, доверительный интервал, составляющий 95%. Цифровые данные анализиро-

ваны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), стандартного отклонения (m), критерия достоверности (t). Достоверными считались различия при уровне значимости 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Эндоскопическое применение гемостатического препарата «Гемоблок» у больных с активным кровотечением Forrest I

Всего больных с активным или продолжающимся язвенным кровотечением Forrest I было 158 (34%) человек, при этом Forrest I A – струйное кровотечение из язвы наблюдалось у 66 больных, Forrest I B – капельное кровотечение из язвы – у 92.

Наиболее тяжелой в плане эндоскопической диагностики и лечебной эндоскопии является группа больных с кровотечением Forrest I A. В основной группе было 32 таких пациента, в группе сравнения – 34. В основной группе при струйном кровотечении использовали комбинированный метод эндоскопического гемостаза: вначале проводили орошение источника кровотечения раствором «Гемоблока», что позволяло если не остановить, то визуализировать и локализовать зону кровотечения, а затем для большей надежности гемостаза с помощью инжектора производили обкалывание зоны предполагаемого источника кровотечения, либо визуализируемой области язвенного дефекта.

Первичный гемостаз был достигнут у 20 (62,5%) пациентов, но при этом в большинстве случаев имели место признаки неустойчивой остановки кровотечения, что потребовало для достижения окончательного гемостаза применить дополнительно другие методики: электрокоагуляцию, диатермокоагуляцию, обкалывание сосудосуживающим препаратом, клипирование. При этом рецидив кровотечения имел место у 4 (20%) больных с достигнутым первичным гемостазом, в 2 наблюдениях потребовалось оперативное вмешательство, при этом в 2 случаях имел место летальный исход. Применение разработанной методики было неэффективно в 12 (37,5%)

наблюдениях, все эти больные были оперированы, и в 2 наблюдениях имел место летальный исход.

В группе сравнения первичный гемостаз был достигнут у 22 (64,7%) больных, но рецидив кровотечения наблюдался у 10 из них (45,4%). При рецидивах в 3 случаях было достаточно эндоскопических вмешательств, а в 7 случаях потребовалась операция, при этом умерло 4 пациентов. Методика эндоскопического гемостаза в группе сравнения была неэффективна у 12 (35,3%) пациентов, они были экстренно оперированы на высоте кровотечения, летальный исход имел место в 3 (25%) наблюдениях.

Статистический анализ полученных данных показал, что результаты лечения пациентов основной группы и группы сравнения не имели достоверных различий.

Из представленных данных следует, что применение эндоскопического гемостаза с препаратом «Гемоблок» у больных с язвенным кровотечением Forrest I A имеет недостаточную эффективность, и оправдано только с целью подготовки для использования других методов гемостаза. Применение препарата «Гемоблок» способствует только визуализации зоны дефекта биоткани и оптимизирует применение других средств эндоскопического гемостаза.

Больных с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением Forrest I B в основной группе было 47, в группе сравнения – 45. В основной группе при капиллярном кровотечении использовали орошение источника кровотечения раствором «Гемоблока», а затем при остановке поступления крови производили его обкалывание. Первичный гемостаз был достигнут у 43 (91%) больных. Рецидив кровотечения имел место у 6 (14%) больных, при этом у 5 кровотечения было остановлено эндоскопическим применением «Гемоблока» по разработанной методике, в 1 случае потребовалось оперативное лечение. В основной группе больных с этим типом кровотечения умер 1 (2,1%) больной. Хирургическая операция в связи неэффек-

тивностью эндоскопического гемостаза с «Гемоблоком» выполнена 4 (8,5%) пациентам, при этом летальный исход имел место в 2 (4,2%) наблюдениях.

В группе сравнения при капиллярном кровотечении первичный гемостаз был достигнут у 34 (75,5%) больных, что было достоверно меньше, чем в основной группе ($p < 0,05$). При этом рецидив кровотечения наблюдался у 12 (35,2%) больных, что было достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен 6 (50%) больных, а у 6 (50%) потребовалось оперативное вмешательство. Хирургическое вмешательство в связи с неэффективностью эндоскопии потребовалось 11 (24,5%) пациентам, что достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$), эти больные были оперированы. Летальный исход в группе сравнения имел место в 4 (8,9%) наблюдениях.

Таким образом, применение эндоскопического гемостаза с препаратом «Гемоблок» по предложенной методике у больных с кровотечением Forrest I B было более эффективно, чем в группе сравнения и позволило снизить количество рецидивов кровотечения и оперированных больных.

Профилактика рецидива кровотечения у больных с остановившимся кровотечением Forrest II (A, B, C) эндоскопическим применением гемостатического препарата «Гемоблок»

Наиболее многочисленная группа больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением была представлена пациентами с состоявшимся кровотечением и неустойчивым гемостазом Forrest II.

Больных с повышенным операционным риском и с нестабильно остановившимся кровотечением Forrest II A и B было 242 (52%): при этом Forrest II A – тромбированные сосуды на дне язвы, имел место – у 111, Forrest II B – сгусток крови, закрывающий язву, – у 131.

В основной группе таким больным с целью профилактики рецидива кровотечения при первичном осмотре и в процессе динамического наблюдения проводилось

орошение и обкалывание препаратом «Гемоблок», количество сеансов варьировало от 1 до 5.

В основной группе больных с типом кровотечения Forrest II A (60 пациентов) рецидив кровотечения был отмечен у 6 (10%) больных. Кровотечение было остановлено эндоскопическим применением «Гемоблока» по разработанной методике в 4 наблюдениях, в 2-х потребовалось оперативное лечение. Летальный исход имел место в 1 наблюдении. В группе сравнения (51 пациент) рецидив кровотечения был отмечен у 14 (27,4%) больных, что было достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Кровотечение было остановлено эндоскопически в 6 наблюдениях, в 8 случаях потребовалась операция, что было достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Летальный исход имел место в 4 (7,8%) наблюдениях, в 3-х он был связан с кровопотерей.

Как показали клинические наблюдения, в основной группе больных сразу после орошения раствором «Гемоблока» в течении 2–3 мин происходило его взаимодействие с элементами крови, что значительно улучшало визуализацию зоны дефекта биоткани и позволяло прицельно произвести обкалывание зон тромбированных сосудов. Введенный интрамурально «Гемоблок», сдавливая сосуды и взаимодействуя с элементами крови, обеспечивал условия для большей надежности первичного гемостаза.

Эндоскопическое применение «Гемоблока» у больных с кровотечением Forrest II A предотвратило рецидив в большем числе наблюдений, чем в группе сравнения, что позволило избежать у этих больных срочного хирургического вмешательства.

У пациентов с Forrest II B во время экстренного исследования были выявлены сгустки, фиксированные к язвам. По клиническим рекомендациям сгустки подлежат эндоскопическому удалению. Группа больных с Forrest II B была разделена на две подгруппы.

В 1 подгруппе было 65 пациентов, эти больным удаляли сгусток, в основной группе – у 33 пациентов после предварительного профилактического применения «Гемоблока», в группе сравнения – у 32 пациентов после применения других средств.

В основной группе удаление сгустка осложнилось развитием кровотечения у 3 (9,0%) пациентов, при этом оно было остановлено эндоскопически в 2 случаях, операция потребовалась 1 больному. В целом в 1 подгруппе рецидив кровотечения развился у 4 (12,5%) пациентов из 32, в 3 (75%) случаях достигнута эндоскопическая остановка «Гемоблоком», в 1 (25%) наблюдении потребовалась операция. Имел место 1 летальный исход. В группе сравнения удаление сгустка осложнилось развитием кровотечения у 10 (31,3%) пациентов, что было достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Консервативно кровотечение остановлено в 5 (50%) случаях, операция потребовалась также 5 (50%) больным. В целом в группе сравнения рецидив кровотечения развился у 10 (37%) пациентов из 27, что было достоверно больше чем в основной группе 1 подгруппы ($p < 0,05$). Эндоскопическая остановка была успешна в 7 (70%), а в 3 (30%) наблюдениях потребовалась операция. В итоге в группе сравнения было оперировано 8 (25%) пациентов, что было достоверно больше, чем в основной группе 1 подгруппы – 2 (6%) больных ($p < 0,05$).

Такие результаты обусловлены тем, что в основной группе 1 подгруппы больных сразу после орошения раствором «Гемоблока» сгустка крови улучшалась визуализация и происходило «укрепление» сгустка, это обстоятельство оптимизировало дальнейшие манипуляции по обкалыванию «Гемоблоком» основания сгустка для обеспечения профилактики кровотечения при его удалении.

Во 2 подгруппе Forrest II B было 66 пациентов, у них сгусток не удаляли, проводили только профилактические мероприятия: в основной группе у 31 больного с применением «Гемоблока», в группе сравнения –

у 35 другими средствами. В основной группе развитие кровотечения зафиксировано у 10 (32,3 %) пациентов, при этом консервативно оно было остановлено в 7 (70 %) случаях, операция потребовалась 3 (30 %) больным. Умер 1 пациент. В группе сравнения рецидив кровотечения произошел у 20 (57 %) пациентов, что было достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Консервативно кровотечение остановлено в 10 (50 %) случаях, операция потребовалась также 10 (50 %) больным. В итоге в группе сравнения было оперировано 10 (28,5 %) пациентов, что было достоверно больше, чем в основной группе 2 подгруппы – 3 (10 %) больных ($p < 0,05$). Летальный исход произошел в 2 случаях.

Анализ показал, что у больных с Forrest II B после эндоскопической профилактики «Гемоблоком» кровотечение при удалении сгустка развивалось достоверно реже, чем без удаления сгустка (в 9 % наблюдений против 32,3 %, $p < 0,05$). Аналогичная ситуация имела место при сравнении результатов удаления сгустка после профилактики кровотечения другими методами (31,2 % против 57 %, $p < 0,05$). Это свидетельствует о необходимости выполнения рекомендаций по удалению сгустка крови у больных с Forrest II B, а применение эндоскопической профилактики препаратом «Гемоблок» при удалении сгустка делает эндоскопическое вмешательство более безопасным и доступным.

Эндоскопическое применение «Гемоблока» позволило провести профилактику кровотечения в большем объеме и в большем числе наблюдений, оптимизировало эндоскопические вмешательства при Forrest II B и дало возможность избежать у этих больных срочного хирургического вмешательства.

Применение эндоскопического воздействия препаратом «Гемоблок» у больных с Forrest II A и с целью профилактики рецидива кровотечения позволяет избежать экстренных хирургических операций и исключить послеоперационную летальность от кровопотери.

Больных, у которых при экстренном эндоскопическом исследовании выявлялись признаки состоявшегося кровотечения Forrest II C (на дне язвы черные пятна, мелкие тромбированные сосуды), было 67, из них в основной группе – 33 пациента, в группе сравнения – 34. Среди больных основной группы рецидив имел место в 3 (9 %) наблюдениях. Эндоскопическим применением «Гемоблока» по разработанной методике кровотечение было остановлено в 2 случаях, в 1 потребовалась операция. В этой группе летальных исходов не было. В группе сравнения с кровотечением типа Forrest II C рецидив кровотечения был отмечен у 4 (12 %) больных, у 2 он был остановлен эндоскопически применением «Гемоблока», а в 2 случаях на высоте кровотечения были произведены операции. Летальных исходов в этой группе также не отмечалось.

При сравнительной оценке результатов лечения при Forrest II C достоверных различий в основной группе и группе сравнения не установлено.

Применение гемостатического препарата «Гемоблок» для ускорения заживления язвенного дефекта

После первичного диагностического исследования больные находились в процессе динамического наблюдения с целью оценки состояния источника кровотечения, им регулярно – через 6 часов, 12 часов, 24 часа, 48 часов и до 7 суток проводили контрольные эндоскопические исследования и с лечебной/профилактической целью использовали препарат «Гемоблок». Эти пациенты в количестве 35 человек составили основную группу. Группа сравнения была представлена 40 больными, которым в процессе динамического наблюдения не проводилось применение препарата «Гемоблок». При этом больные обеих групп получали комплексную терапию, включающую антисекреторные и симптоматические средства.

Как показали клинические наблюдения, в основной группе больных значительно раньше наступила клиническая и эндоскопическая ремиссия заболевания.

Сроки заживления гастродуоденальных язв в основной группе больных составили $9,8 \pm 0,7$ суток, что было достоверно меньше, чем в группе сравнения, где они составили $12,6 \pm 1,1$ суток ($p < 0,05$). Аналогично, сроки пребывания в стационаре в основной группе составили $10,6 \pm 0,6$ койко-дней, в группе сравнения $13,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Данные результаты обусловлены тем, что в результате взаимодействия «Гемоблока» с кровью создается прочная полиметакрилатная пленка на поверхности дефекта биоткани. При этом восстановленное металлическое серебро в комплексе с белками является мощным бактерицидным фактором. В дальнейшем поверхностная структура «Гемоблок» – белок замещается фибрином. Все это способствует более быстрому заживлению язвенного процесса.

Таким образом, эндоскопическое применение препарата «Гемоблок» в комплексном лечении осложненного течения гастродуоденальной язвенной патологии способствует сокращению сроков заживления и пребывания в стационаре.

Общая оценка эффективности лечения гастродуоденальных кровотечений

При оценке эффективности лечения гастродуоденальных кровотечений у больных с высокой степенью операционного риска было отмечено, что применение эндоскопического гемостаза с препаратом «Гемоблок» у больных с язвенным кровотечением Forrest I A имеет недостаточную эффективность, и оправдано с целью оптимизации применения других средств эндоскопического гемостаза. При Forrest I B применение эндоскопического гемостаза по предложенной методике было более эффективно, что позволило снизить количество рецидивов кровотечения и оперированных больных.

Оценка эффективности эндоскопического применения «Гемоблока» для профилактики кровотечения при Forrest II показала, что в совокупной основной группе, состоящей из 157 больных, рецидив кровотечения развился у 22 (14%), что было достоверно меньше, чем в совокупной группе сравнения, где рецидив имел место у 48 (32%) больных ($p < 0,001$). При этом в основной группе было оперировано 7 (4,4%) пациентов, что достоверно меньше, чем в группе сравнения, где прооперировали 25 (16%) больных ($p < 0,001$).

Являясь способом эндоскопического гемостаза, местное применение препарата «Гемоблок» в комплексном лечении способствует также и заживлению язвенных дефектов. Его использование особенно целесообразно у больных, имеющих различную патологию, требующую хирургической коррекции.

Заключение

Обобщая полученные данные, можно заключить, что эндоскопическое применение гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении кровоточащих гастродуоденальных язв является эффективным средством для достижения гемостаза у больных повышенного операционного риска. Эндоскопическое применение гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений привело к сокращению частоты рецидивов кровотечения в 2 раза, уменьшению количества неотложных операций в 3,5 раза, снижению летальности от кровопотери в 2,3 раза.

Все это позволяет рекомендовать предложенную методику эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении осложненного течения эрозивно-язвенной гастродуоденальной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев А.И., Ибрагимов Р.А., Кузнецов М.В. и др. Опыт клинического применения гемостатического средства «Гемоблок» в хирургической практике // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96. – № 3. – С. 451–455.

2. Калинин А.В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь: в чем сходство и в чем различия // РЖГК. – 2008. – № 1. – С. 59–68.
3. Маев И.В. Лечение язвенных кровотечений и профилактика их рецидивов: взгляд терапевта // И.В. Маев, А.Ю. Гончаренко, Д.Т. Дичева и др. // Медицинский совет. – 2013. – № 10. – С. 22–26.
4. Плоткин А.В., Покровский Е.Ж., Воронкова Г.В., Менглет К.А. Оценка эффективности гемостатического действия препарата «Гемоблок» при полостных и лапароскопических вмешательствах. Мультицентровые клинические исследования // Вестник современной клинической медицины. – 2015 – Т. 8, Вып. 1. – С. 56–61.
5. Полянцев А.А., Каплунова Е.В., Карпенко С.Н., Линченко А.М. Первый опыт клинического применения гемостатического средства «Гемоблок» при эндоскопическом гемостазе // Вестник ВолгГМУ. – 2015. – Вып. 2 (54) – С. 32–33.
6. Пфафф В.Ф. Опыт клинического применения нового гемостатического средства Гемоблок в хирургической практике. – М., 2014. – 56 с.
7. Степанов Ю.М. Методы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю.М. Степанов, Е.А. Крылова, СИ. Фещенко // Гастроэнтерология. – 2014. – Т. 51. – № 1. – С. 84–93.
8. Терещенко С.Г. Мечева Л.В. Возможности эндоскопического применения препарата «Гемоблок» в комплексном лечении осложненного течения эрозивно-язвенной патологии // Актуальные вопросы эндоскопии. Настоящее и будущее эндоскопии: материалы 7 Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2016. – С. 130–131.
9. Ярема В.И. Оптимизация эндоскопического лечения язвенных дуоденальных кровотечений / В.И. Ярема, И.С. Сенченко, Д.А. Медведев, К.Е. Ростовская // Хирург. – 2015. – № 10. – С. 4–11.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Терещенко Сергей Григорьевич – доктор медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением по разделу «Наука», ГБУЗ МЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва.

Плоткин Александр Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор, директор, ГБУЗ МЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва.

Мечева Людмила Валерьевна – младший научный сотрудник, ГБУЗ МЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва.

ПОДПИСКА-2017

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПАНОРАМА»

www.panor.ru



Реклама

ЖУРНАЛ «МЕДСЕСТРА»

Журнал «Медсестра» публикует актуальные статьи по лучшим практикам сестринского дела, что помогает в работе медицинских сестер, руководителям сестринского персонала и другим медицинским работникам. Подписавшись на журнал, вы всегда будете в курсе последних достижений в работе медсестер, научных исследований в сестринском деле, узнаете об изменениях в организации медицинской помощи, профилактике, уходе за пациентами и их реабилитации, санитарно-эпидемиологическом состоянии медицинских учреждений и их подразделений.

Сегодня возрастает значение качественного труда сестринского персонала, все большее внимание руководители медицинских учреждений уделяют не только профессиональным, но и человеческим качествам сестринского персонала: отзывчивости, внимательности к пациенту, стремлению повышать свою профессиональную квалификацию. Поэтому в журнале «Медсестра» будут расширяться публикации, касающиеся взаимоотношений сестринского персонала и пациентов.

Консультации по подписке можно получить по тел.: +7 (495) 664-2761, 685-9368.

Тел. редакции: (495) 274-2222 (многоканальный) www.panor.ru