

Е.И. Кропачева, М.В. Воробьев, А.А. Рудик, О.К. Камалова

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В последние годы на смену обширным резекциям желудка и ушиванию при осложненной дуоденальной язве пришли органосохраняющие методы оперативного лечения — радикальная дуоденопластика в сочетании с различными видами малоинвазивных антацидных операций.

Опыт подобных операций еще невелик, поэтому требуется углубленный анализ их влияния на функциональное состояние желудка и 12-перстной кишки (ДПК). Отношение к нарушениям моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка после различных органосохраняющих операций в раннем послеоперационном периоде остается неоднозначным. Ряд исследователей указывают, что у большинства больных эти расстройства выражены в легкой степени, появляются периодически [1, 2], однако существуют указания, что у определенной части больных моторно-эвакуаторные нарушения в раннем послеоперационном периоде носят довольно выраженный характер [3, 10] и могут быть одной из причин неудовлетворительных результатов операции [7, 12].

Ценность результатов исследования МЭФ желудка в изучении патогенеза ряда осложнений хирургического лечения язвенной болезни неоспорима. При этом обследование больного часто ог-

Резюме

В работе приведен анализ нарушений моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка у 104 больных после функциональных операций при язвенной болезни 12-перстной кишки. Для оценки использовалась клиническая картина, результаты рентгенологического исследования, УЗИ, ФГДС, рН-мониторинга. Отмечается, что у многих пациентов в раннем послеоперационном периоде присутствуют нарушения МЭФ желудка различной степени тяжести, большинство которых купируются в отдаленном периоде. У ряда пациентов эти нарушения значительны и требуют медикаментозной терапии. Подчеркивается роль УЗИ и эндоскопии в комплексной оценке и дифференциальном анализе эвакуаторных нарушений различных отделов желудка. Рассматриваются отдельные элементы техники исследования с позиций собственного опыта.

раничивается только рентгенологическим исследованием. Не реализуются возможности таких простых, клинически применимых, неинвазивных методик, как УЗИ, ФГДС, косвенная оценка данных рН-мониторинга [7, 9, 11].

Материалы и методы

Нами проведен анализ нарушений МЭФ желудка и ДПК у 104 больных, оперированных по поводу осложненной дуоденальной язвы: перфорации (34 чел.), кровотечения (23 чел.), стеноза (47 чел.). Всем больным выполнены органосохраняющие вмешательства: в 66 случаях — мостовидная дуоденопластика, в 38 — сегментарная. У 48 больных, оперированных в плановом порядке, выполнены антацидные вмешательства: у 24 больных радикальная дуоденопластика была дополнена селективной проксимальной ваготомией (СПВ), еще у 24 — медиальной резекцией желудка (МРЖ) в объеме 1/2. У 56 больных радикальная дуоденопластика выполнена в изолированном варианте (ИРДП). У 9 больных проводилось дополнительное вмешательство на привратнике при вовлечении его в рубцово-язвенный процесс.

У пациентов оценивали клинические симптомы и данные инструментальных исследований в раннем послеоперационном (до 10 дней) и отдаленном (12 мес.) периоде. Показатели в группах сравнивались в зависимости от выполненной операции: изолированной радикальной дуоденопластики, радикальной дуоденопластики в сочетании с селективной проксимальной ваготомией, ради-

E.I. Kropacheva, M.V. Vorobyov, A.A. Rudick,
O.K. Kamalova

COMPLEX EVALUATION OF GASTRIC MOTOR-EMPTYING DISORDERS IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER AFTER FUNCTIONAL OPERATIONS

Far Eastern State Medical University, Khabarovks

Summary

Gastric motor-emptying disorders in 104 patients with duodenal ulcer after functional operations were analyzed. For an estimation the clinical picture, results of barium contrast studies, real-time ultrasound imaging, upper GI-endoscopy and pH-monitoring were used. Many patients in the early period were found to have various degree gastric motor-emptying disorders. The majority of these disorders disappeared in the remote period. At a number of the patients these infringements were significant and required medicinal treatment. Ultrasound imaging and GI-endoscopy had a significant role in a differential estimation of gastric motor-emptying disorders. The separate elements of engineering of researches from positions of own experience are considered.

кальной дуоденопластики в сочетании с медиальной резекцией желудка, изолированной СПВ.

Ультразвуковое исследование МЭФ. Неоднозначные литературные данные по основным показателям ультразвуковой оценки желудочной эвакуации, а также отсутствие работ по косвенной оценке МЭФ по результатам рН-мониторинга потребовали формирования контрольной группы (25 здоровых добровольцев) в возрасте от 22 до 72 лет.

Среди существующих методик соноскопической диагностики нарушений МЭФ желудка наибольшего внимания, на наш взгляд, заслуживает метод, предложенный проф. С.И. Пимановым [8]. Однако при использовании данного метода имеются значительные технические сложности, связанные с отсутствием подробного описания определения высоты стояния содержимого тела желудка (H_n) с учетом анатомического расположения и синтопии желудка и ДПК. Автором не указаны также возможности альтернативного способа измерения H_n при индивидуальных особенностях, связанных с такими факторами, как повышенное газообразование, гастроптоз, конституциональные особенности. Тем не менее, данный показатель является основной переменной для математического расчета периода полупорожнения желудка ($T_{1/2}$).

Мы решили данную проблему путем использования для измерения величины H_n двух областей сканирования в вертикальном положении больного после приема стандартной смешанной пищевой нагрузки (рацпредложение ДВГМУ №1976 от 08.04.2000 "Способ улучшения ультразвуковой диагностики нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка"). В первом случае сканирование проводится в эпигастральной области, датчик располагается параллельно вертикальной оси тела с направлением луча под углом 30–60° к поверхности тела больного. При этом визуализируется тело и антральный отдел желудка во фронтальной плоскости. Величина H (или H_m — "медиальное" сканирование) рассчитывается как расстояние от границы четкой визуализации стенки малой кривизны до угла желудка (рис. 1).

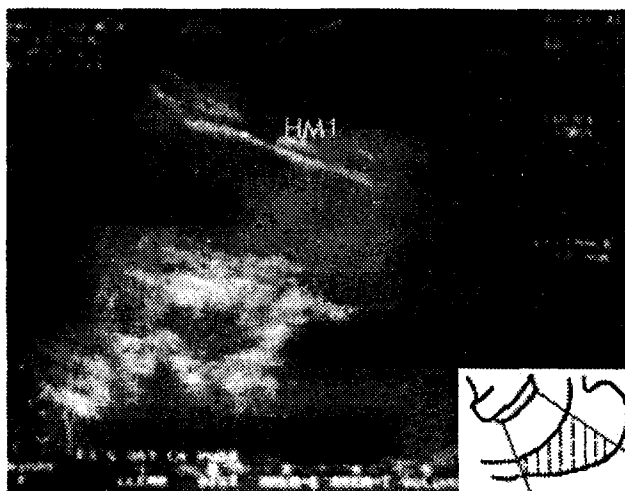


Рис. 1. Сонограмма желудка при сканировании в медиальной проекции:
НМ1 — малая кривизна желудка

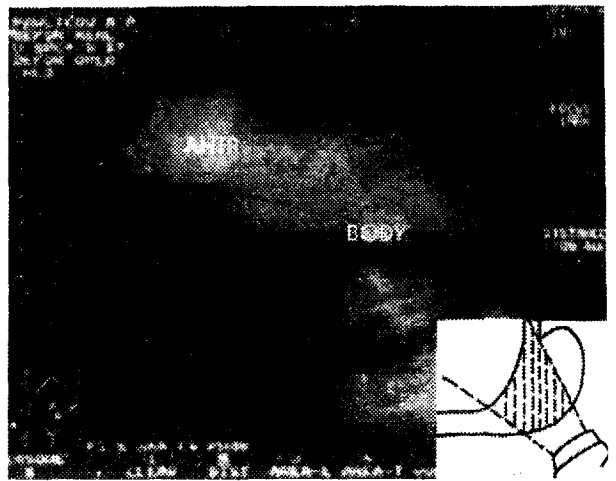


Рис. 2. Сонограмма желудка при сканировании в латеральной проекции:

АНТР — антральный отдел желудка, заполненный смешанным компонентом пищи;
BODY — тело желудка, заполненное жидким компонентом.

При повышенном газообразовании, выраженном гастроптозе, гиперстеническом типе конституции использование первой методики приводит к неудовлетворительной визуализации. В данной ситуации нами применяется альтернативный метод определения величины H_n . В качестве области сканирования используется левая подвздошная и левая боковая область живота, а датчик располагается под углом 40–60° к вертикальной оси тела и 30–45° к поверхности тела. При этом визуализируется реверсированное изображение тела и антрального отдела желудка во фронтальной плоскости. Величина H_L ("латеральное" сканирование) измеряется аналогично первой методике (рис. 2).

Эти показатели использовали для определения периода полупорожнения желудка ($T_{1/2}$). В качестве пищевой нагрузки использовали как жидкость ($T_{1/2}^{liq}$), так и смешанную стандартную пищевую нагрузку ($T_{1/2}^{mix}$). Жидкая стандартная пищевая нагрузка (СПН) включала 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В качестве смешанной СПН использовалось 350 мл 0,9% раствора хлорида натрия и 150 мл вареного риса. Расчет $T_{1/2}$ проводился отдельно для обоих показателей высоты стояния содержимого тела желудка — H_m и H_L .

Проводили дифференциальную оценку эвакуаторной функции различных анатомических отделов желудка в послеоперационном периоде. На 10 сутки пациент натошак принимал смешанную стандартную пищевую нагрузку (СПН) — 150 мл вареного риса и 350 мл физиологического раствора (20°C). После этого по стандартной методике оценивался период полувыведения для смешанной СПН (рацпредложение ДВГМУ №1976 от 08.04.2000 "Способ улучшения ультразвуковой диагностики нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка").

При выявлении задержки желудочной эвакуации проводилось повторное исследование через 90 мин от момента приема пищи. Наличие в желудке двухуровневого содержимого (плотный компо-

нент в антральном отделе и жидкий в проекции тела желудка) свидетельствовало о комплексном нарушении сократительно-эвакуаторной функции всех отделов желудка, наличие же значительного количества плотного компонента СПН только в антральном отделе при отсутствии жидкого компонента свидетельствовало о нарушении эвакуаторной функции антрума (рацпредложение ДВГМУ №2047 от 17.01.2001 "Способ дифференциальной диагностики нарушения эвакуаторной функции различных анатомических отделов желудка"). Для количественной оценки степени нарушения антральной эвакуации использовали показатель отношения площади поперечного сечения антрального отдела на 90 и 30 мин исследования, выраженный в процентах.

Интрагастральный суточный рН-мониторинг осуществлялся при помощи аппарата "Digitrapper Mk III" (Synectics Medical (Швеция) с использованием стандартной смешанной пищевой нагрузки, которая включала отварной рис и 50 мл 4% раствора натрия гидрокарбоната (рацпредложение ДВГМУ №2066 от 06.04. 2001 "Способ косвенной оценки эвакуаторной функции желудка по данным суточного рН-мониторинга"). Через 1 ч после установки рН-метрического зонда пациент принимал натощак смешанную СПН. Время приема СПН фиксировалось в дневнике наблюдения. На рН-грамме соответственно моменту приема пищи происходило быстрое смещение рН-кривой в щелочной диапазон, что объясняется нейтрализацией кислой среды желудка принятой пищей. В дальнейшем, при эвакуации пищи в ДПК, происходило постепенное опорожнение желудка и восстановление кислой среды, что определяется по постепенному смещению рН-кривой к показателям кислотности, зафиксированным до приема СПН. Критерием для косвенной оценки эвакуаторной функции желудка является время от момента приема пищи до восстановления рН в желудке до исходных (предшествовавших приему пищи) показателей.

При проведении исследования двухканальным зондом возможна дифференциальная оценка эвакуаторной функции проксимального и дистального отделов желудка. Это объясняется тем, что в норме дно и верхняя треть тела желудка раньше

освобождаются от жидкого компонента пищевой нагрузки и рН-метрический датчик, расположенный в этой области, первым сигнализирует о смещении рН-среды в кислый диапазон. Более плотный пищевой компонент в антральном отделе эвакуируется медленнее, поэтому показатели рН-метрического датчика к этому моменту все еще остаются в щелочном диапазоне. Этот процесс отображается на рН-грамме характерными рН-кривыми, имеющими одинаковое время смещения показателей в щелочную сторону (момент приема СПН) и различное (для датчиков №1 и №2) время возвращения к исходным (до приема СПН) показателям (рис. 3). Анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения EsopHogram Analysis Software.

Обязательными условиями исследования, позволяющими нивелировать возникновение артефактов, являются:

- прием смешанной СПН не ранее 1-1,5 ч после установки рН-зонда,
- обследуемый должен находиться в вертикальном положении (сидя или стоя) в течение 1,5 ч, не курить в течение 1 ч после установки рН-зонда.
- при проведении исследования с двухканальным рН-метрическим зондом необходим рентгенологический контроль расположения датчиков.

Результаты

Анализ клинических признаков (табл. 1) свидетельствует, что симптомы нарушения МЭФ желудка в раннем послеоперационном периоде отмечались у большинства больных. Среди них преимущественное место занимали легкие нарушения — чувство раннего насыщения (47,1%), дискомфорт в верхних отделах живота после приема пищи (38,5%). Тошнота беспокоила 14,4% пациентов, но после операции довольно быстро купировалась. Рвота была зафиксирована у 6 чел. (5,8%) в сочетании с другими признаками нарушения желудочной эвакуации. Боль в верхних отделах живота после приема пищи отмечалась у 12 оперированных (11,5%). Она носила умеренный характер, но в то же время плохо купировалась введением анальгетиков. Наиболее часто как легкие, так и более выраженные нарушения эвакуации зафиксированы у больных после РДП в сочетании с МРЖ.

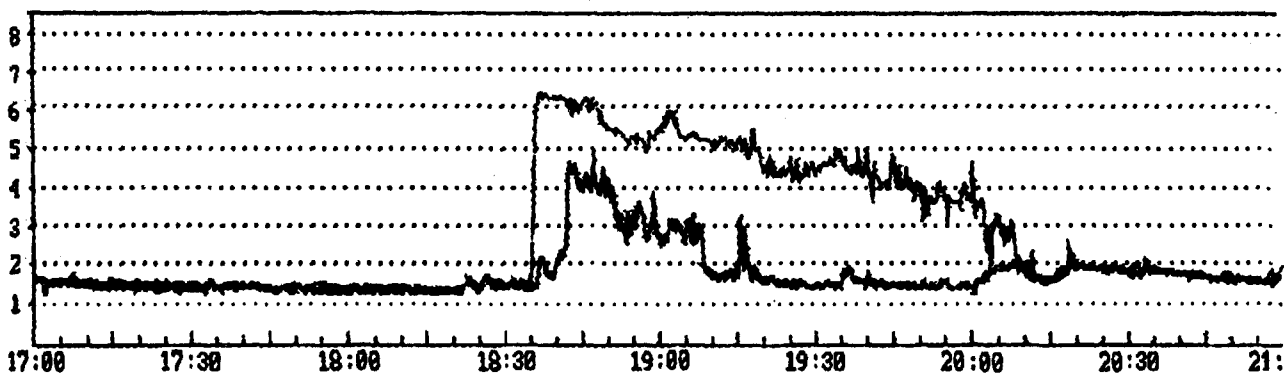


Рис. 3. рН-грамма пациента с нормальной скоростью желудочной эвакуации. Двухконтурная кривая отражает различное время опорожнения проксимальных и дистальных отделов желудка.

Таблица 1

Клинические признаки нарушения МЭФ желудка в раннем послеоперационном периоде после функциональных операций

Симптом	Вид оперативного вмешательства			Всего (n=104)
	ИРДП	РДП +СПВ	РДП+ МРЖ	
Чувство раннего насыщения	17	11	21	49 (47,1%)
Дискомфорт в верхних отделах живота после приема пищи	6	10	24	40 (38,5%)
Тошнота	3	5	7	15 (14,4%)
Рвота	-	2	4	6 (5,8%)
Боль в верхних отделах живота после приема пищи	1	5	6	12 (11,5%)

Таблица 2

Клинические признаки нарушения МЭФ желудка в отдаленном послеоперационном периоде после функциональных операций

Симптом	Вид оперативного вмешательства			Всего (n=104)
	ИРДП	РДП +СПВ	РДП+ МРЖ	
Чувство раннего насыщения	2	5	7	14 (14,3%)
Дискомфорт в верхних отделах живота после приема пищи	3	4	6	13 (13,3%)
Тошнота	-	2	4	6 (6,1%)
Рвота	-	-	1	1 (1,0%)
Боль в верхних отделах живота после приема пищи	-	1	1	2 (2,1%)

В отдаленном периоде отмечено значительное снижение частоты жалоб, указывающих на нарушения МЭФ желудка (табл. 2). Только у 1 больного после РДП в сочетании с медиальной резекцией длительное время сохранялись тошнота, рвота (до 1 раза в сутки в течение 6 мес.) и умеренные боли после приема пищи. Рентгенологически зафиксирована картина выраженного гастропареза (рис. 4). Подобное состояние потребовало терапии прокинетики (мотилиум, эритромицин) в течение полугода. Через 12 мес. после операции больного беспокоили незначительный дискомфорт после еды, периодическая (1-2 раза в месяц) рвота.

Эндоскопически у большинства больных через 1 мес. регистрировали признаки, которые можно отнести к нарушениям МЭФ желудка: поверхностную дискоординированную перистальтику, наличие более 100 мл остаточного содержимого желудка натощак, замедленное и неполное смыкание пилоруса, признаки ДГР и рефлюкс-гастрита. Только у 14 больных после радикальной мостовидной дуоденопластики эндоскопическая картина после операции мало чем отличалась от нормы — имелось полное смыкание пилоруса без изменения его формы (круглая, овальная), рефлюкс желчи и гастрит

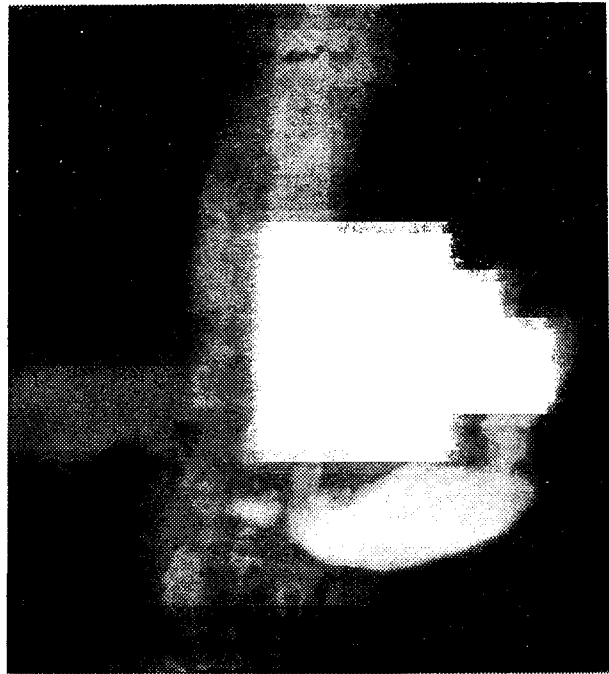


Рис. 4. Рентгенограмма больного Г., 47 лет, через 3 мес. после РДП в сочетании с МРЖ. Гастропарез, "двухкамерный" желудок

отсутствовали. Выраженная деформация привратника имела у больных, которым производилось дополнительное вмешательство на пилорусе. У всех больных в зоне шва отмечена незначительная гиперемия и утолщение дуоденальных складок. У пациентов, перенесших ИРДП+ МРЖ, наблюдали характерное изменение по типу "двухкамерного" желудка. Типичным признаком эндоскопической картины после СПВ являлось выраженное снижение амплитуды перистальтических волн.

Через год после операции регистрировали отчетливую положительную динамику эндоскопических изменений — почти в 3 раза уменьшилась частота неполного и замедленного смыкания пилоруса. Деформация привратника сохранялась только у 2 больных. Как следствие восстановления работы пилоруса исчезал дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР), антрум-гастрит и дуоденит. У 8 больных, которым было произведено обширное иссечение передней стенки луковицы ДПК, имела специфическая деформация — взбухание задней стенки антрума с асимметричным расположением привратника и изменением направления пилорического канала, что, однако, ни в одном случае не приводило к нарушению его замыкательной и сократительной функции.

У 48 больных после РДП в сочетании с антицидными операциями эндоскопически отмечено практически полное восстановление амплитуды и частоты перистальтики. После ИРДП, в том числе и у пациентов с декомпенсированным стенозом до операции, нарушений желудочной моторики в отдаленном периоде не зафиксировано.

Неблагоприятные эндоскопические последствия регистрировались у больных, которым производилось дополнительное вмешательство на пилорусе — клиновидное или сегментарное иссечение руб-



Рис. 5. Эндофотография пилорического отдела желудка через 10 дней и через год после дуоденопластики

цово-измененных волокон, отсечение фиксированных рубцами участков слизистой и серозы. Основной вид нарушений — остаточные деформации привратника, сочетавшиеся с его несмыкаемостью. Зона резекции пилорической мышцы длительное время оставалась афункциональной. Однако уже через год после операции выраженность деформации значительно уменьшалась, а у ряда больных практически исчезла (рис. 5).

Проведение ультразвуковой оценки МЭФ желудка позволило получить следующие результаты. В контрольной группе $T_{1/2}^{mix}$ (период полувыведения для смешанной СПН) составил $33,4 \pm 6,2$ мин, после изолированной радикальной дуоденопластики — $38,6 \pm 6,3$ мин, после РДП+СПВ и РДП+МРЖ — соответственно, $53,4 \pm 5,5$ и $63,6 \pm 7,2$ мин. Отмечалось достоверное различие ($p < 0,05$) показателей моторики антрального отдела в различных группах. Так, в контрольной группе амплитуда антральных сокращений составила $56,7 \pm 9,8\%$, частота — $2,7 \pm 0,6$ в минуту, а скорость распространения перистальтической волны — $2,9 \pm 0,5$ мм/с. Эти показатели незначительно отличались у больных после ИРДП (амплитуда — $46,9 \pm 5,1\%$, частота — $1,8 \pm 0,2$ сокращений в минуту, скорость перистальтической волны — $2,0 \pm 0,2$ мм/с). В группе больных после РДП+СПВ и РДП+МРЖ зафиксированы признаки антральной гипомоторики. Так, после радикальной дуоденопластики в сочетании с СПВ амплитуда сокращений составила $41,6 \pm 5,1\%$, частота — $1,6 \pm 0,3$ в минуту, скорость $1,8 \pm 0,2$ мм/с. У пациентов, перенесших РДП+МРЖ, эти показатели были, соответственно, $37,4 \pm 7,5\%$, $1,4 \pm 0,4$ сокращений в минуту и $1,6 \pm 0,3$ мм/с. О нарушении моторно-эвакуаторной функции антрума свидетельствует и задержка антральной эвакуации плотного компонента, о чем можно судить по степени уменьшения площади поперечного сечения антрального отдела желудка. Для обследуемых лиц контрольной группы площадь поперечного сечения антрума на 90 мин составила $55,9 \pm 4,3\%$ от этого показателя на 30 мин. После радикальной дуоденопластики в сочетании с селективно-проксимальной ваготомией или медиальной резекцией эти данные составили соответственно $60,8 \pm 3,0$ и $64,5 \pm 6,7\%$.

На основании косвенной оценки нарушений желудочной эвакуации по данным суточного рН-мониторинга мы можем заключить, что длитель-

ность пищевой рН-кривой для предлагаемой нами смешанной СПН в норме в среднем составляет $82,0 \pm 11,0$ мин, у больных с изолированной РДП — $78,0 \pm 9,2$ мин, у пациентов после РДП в сочетании с СПВ — $108,0 \pm 18,2$ мин, а после РДП в сочетании с МРЖ — $123,0 \pm 21,0$ мин. Полученные результаты подтверждают более выраженные нарушения МЭФ желудка у пациентов после радикальной дуоденопластики в сочетании с медиальной резекцией желудка.

Обсуждение

В настоящее время все большее значение в хирургическом подходе к проблеме язвенной болезни ДПК придается концепции выполнения кислоторедуцирующих операций при максимальном сохранении естественных анатомических и функциональных механизмов желудочной моторики [6]. Все более широкое распространение “функционального” направления доказывает важнейшее значение МЭФ желудка в достижении оптимальных результатов оперативного лечения [5, 7].

Большинство моторных и эвакуаторных нарушений после органосохраняющих операций приходится на ранний послеоперационный период, однако эти изменения обратимы (2, 4). Предлагаемый нами комплекс обследований, основанный на ультразвуковой и эндоскопической оценке, доступен большинству клиник и позволяет своевременно и достоверно выявлять нарушения МЭФ желудка и проводить целенаправленную медикаментозную коррекцию у этих больных.

Выводы

1. После органосохраняющих операций по поводу язвенной болезни ДПК в раннем послеоперационном периоде отмечаются нарушения желудочной эвакуации, требующие медикаментозной коррекции. Данные нарушения более выражены после радикальной дуоденопластики в сочетании с антацидными операциями и в минимальной степени — после изолированной радикальной дуоденопластики.

2. Для оценки нарушений МЭФ желудка необходимо использование комплексного обследования, включающего наряду с клиническими проявлениями ФГДС, УЗИ, рН-мониторинг.

3. Ультразвуковая оценка МЭФ желудка является высокодостоверным, безопасным, клинически применимым методом, который следует шире использовать для выявления эвакуаторных нарушений желудочной моторики и эвакуации у больных с язвенной болезнью ДПК в послеоперационном периоде.

4. Специфическими эндоскопическими изменениями, сопутствующими нарушениям МЭФ желудка в раннем послеоперационном периоде, у этой группы больных являются остаточная деформация привратника, гипомоторика и антроуденальная дискоординация, ДТР, которые имеют тенденции к регрессу.

5. Отдаленные результаты функциональных операций при осложненной дуоденальной язве с

точки зрения состояния МЭФ желудка являются благоприятными.

Л и т е р а т у р а

1. Архипов В.Ф., Мовчан К.Н., Зуев В.К. // Вестник хирургии. 1995. №3. С.34-37.
2. Бабалич А.К. // Вестник хирургии. 1998. №3. С.65-69.
3. Горбунов В.Н., Столярчук Е.В. // Хирургия. 1996. №2. С.31-34.
4. Кочетков А.В., Петляков С.И., Девальд В.В. // Вестник хирургии. 2000. №2. С.21-23.
5. Кузин М.И. // Хирургия. 2001. №1. С.27-32.
6. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995.

7. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. и др. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2000. №3. С.20-23.

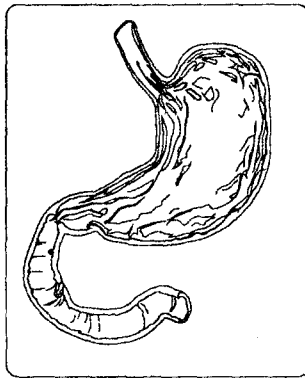
8. Пиманов С.И., Сатрапинский В.Ю., Гордеев В.Ф. // Сов. медицина. 1991. №2. С.5-8.

9. Benini L., Sembenini C., Heading R.C. et al. // Am. J. Gastroenterol. 1999. Vol.94, No.10. P.2861-2865.

10. Jamieson G.G., Maddern G.J., Myers J.C. // Arch Surg. 1991. Vol.126, No.11. P.1414-1417.

11. Maughan R.J., Leiper J.B. // Diabet Med. 1996. Vol.13, No.9 (suppl. 5). P.S6-S10.

12. Richter H.M. // Gastroenterol. Clin. North Am. 1994. Vol.23, No.2. P.193-213.



УДК 616.342 — 002.44 — 07 — 089

П.Н. Бушков, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев,
И.А. Павлов, А.А. Павлов

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (ЯКУТИЯ)

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

В тяжелых для жизни условиях Крайнего Севера (Якутия) в связи с воздействием на человека многих отрицательных природных и социально-экономических факторов в последнее время резко увеличилось количество больных с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, преимущественно у приезжих лиц молодого возраста. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, “краевая болезнь” в Якутии, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, остаются самыми актуальными и сверхответственными для хирургов, работающих в условиях Севера, и очень опасными для наших больных.

При язве желудка и 12-перстной кишки желудочно-кишечное кровотечение возникает у каждого четвертого-пятого больного [4], а условиях Крайнего Севера — у каждого второго-третьего больного.

Нами впервые проводится изучение некоторых особенностей клинического течения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, вопросов лечебной тактики, подготовки, сроков и объема операции и т.д. в условиях Севера. Результаты оперативного лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, несмотря на установление причины и источника, все еще далеки от достижения желаемой цели, а в опреде-

Р е з ю м е

Проанализированы результаты лечения 431 больного с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Авторы отмечают, что язвенные гастродуоденальные кровотечения в условиях Крайнего Севера (Якутия) чаще наблюдаются у приезжего населения. Особенностью клинического течения язвенной болезни является относительно короткий анамнез, длительные и тяжелые обострения, короткие ремиссии, частое развитие осложнений.

Придерживаемся индивидуализированной активно хирургической тактики и выполняем органосохраняющие операции, направленные на спасение жизни больного.

В определенном проценте случаев остаются неудовлетворительными.

Материалы и методы

Мы располагаем клиническим опытом диагностики и лечения 431 больного с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Среди них коренных жителей было 42 чел. (мужчин — 31, женщин — 11), приезжих — 389 чел. (мужчин — 342, женщин — 47). Таким образом, приезжие составляют 90,2%, то есть заболевают чаще, что связано с отрицательным влиянием на организм неблагоприятных климато-метеорологических факторов Севера, с изменением уклада