

– инфузионно-трансфузионную терапию: восполнение водно-электролитного баланса, детоксикация, обеспечивающая выведение связанных токсинов и средних молекул, восстановление кислотно-основного равновесия, нормализация реологии крови, восполнение дефицита белка, жиров и углеводов.

Больные с III ст. тяжести (тяжелой) должны получать консервативную инфузионно-трансфузионную терапию в объеме, как и больные со II ст. тяжести заболевания. У большинства из них развиваются гнойные внутриплевральные осложнения, в лечении которых чаще всего используется комбинированный метод дренирования, соединяющий трансторакальное и трансбронхиальное дренирование. Комбинированный метод дренирования в данной группе больных иногда рассматривается как подготовка к оперативному лечению. Помимо трансторакального дренирования, в данной группе больных может быть применен метод торакостомии. Метод заключается в следующем: выполняют торакотомию на уровне имеющейся полости в легком, проводится некрэктомия, санация полости, клипируются или по возможности ушиваются выявленные бронхиальные свищи. Вскрытая полость дренируется трубочно-перчаточным дренажом или остается открытой, краями кожи укрывают резецированные фрагменты ребер. На протяжении всего курса лечения выполняется этапная санация полости.

В отделении торакальной хирургии МОНИКИ в острый период внутриплевральных осложнений у данной группы больных используется метод видеоторакоскопии. Он применяется по следующим показаниям: наличие множественных внутриплевральных осумкований жидкости – для разрушения перегородок между ними, адекватного дренирования и санации плевральной полости; создание адекватного дренирования полости деструкции при внутриплевральной секвестрации. При видеоторакоскопии удаляют секвестры, фибрин, гной, рассекают спайки, препятствующие расправлению легкого.

Характер и вероятность развития плевральных гнойных осложнений при острой инфекционной деструкции легкого невозможно прогнозировать по каждой из описанных трех схем в отдельности. Анестезиолого-реанимационная схема демонстрирует неспецифические предвестники нарушений гомеостаза, гемодинамики и дыхательной системы. Различия в лабораторных показателях у больных с I и II степенями тяжести патологии статистически недостоверны, только III степень тяжести имеет статистически достоверные отличия.

Комплексное применение трех описанных схем может помочь в оценке степени тяжести воспалительного процесса и выборе правильной тактики лечения, уменьшить риск развития осложнений, улучшить результаты лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В.А. Новиков, А.А. Кондратьев
Коломенская ЦРБ

Несмотря на более чем 100-летнюю историю обсуждения вопроса, проблема лечебной тактики при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях (ОГДЯК) остается актуальной для современной ургентной хирургии. Это связано с отсутствием общепринятой концепции лечения ОГДЯК, сохранением разногласий в определении показаний и оптимальных сроков проведения операций, их объема,

роли временной эндоскопической остановки кровотечения, что во многом определяет высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности при данной патологии. ОГДЯК составляет 50-70% в ряду всех острых геморрагий из пищевого тракта [2, 4].

Актуальность проблемы определяется следующими показателями: общая летальность от ОГДЯК составляет 13-15% [3, 5, 6], послеоперационная летальность – 6-35%. При этом наиболее высокий процент летальности от кровотечения приходится на лиц пожилого возраста [3, 4, 5, 6].

У пациентов с продолжающимся кровотечением достоверно эффективными методами гемостаза могут считаться только операция или эндоскопическая остановка, которая при использовании комбинации различных методик позволяет добиться гемостаза у 85-95% больных [1, 2, 3]. Однако в 35-45% случаев при желудочной локализации язвы и 12-35% при язве двенадцатиперстной кишки отмечается рецидив кровотечения [1, 2]. Для пациентов с признаками нестабильного гемостаза и с большой степенью кровопотери риск возникновения раннего повторного кровотечения достигает 70-85% с развитием почти у 70% больных в течение ближайших 12-36 часов [1, 5, 6].

Одним из основных факторов, определяющих общую летальность и результаты оперативного лечения, является тяжесть кровопотери. Так, летальность при тяжелой степени кровотечения составляет 25%, при средней – 8%, при легкой – 0,5% [3, 6]. Операции, выполняемые при рецидиве кровотечения, сопровождаются летальностью, достигающей 35-75% [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Столь высокие показатели летальности у этой группы больных объясняются тем, что эти операции выполняются на фоне срыва компенсации первичной кровопотери, практически на фоне повторного «геморрагического шока», являющегося иницирующим моментом в развитии полиорганной недостаточности.

Неудовлетворенность результатами лечения данной группы больных привела к трансформации тактических подходов – от выжидательной к активно-выжидательной и, наконец, к активной тактике. Последняя основывается на дифференцированном подходе, сочетающем в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с определением показаний к неотложной операции. Основной целью лечебных воздействий является достижение надежного, окончательного гемостаза оптимальными методами в максимально короткие сроки.

В реализации этого положения неотложная операция обладает приоритетом перед всеми другими методами. Вместе с тем, в последние годы активно расширяются возможности лечебной эндоскопии в комплексе с интенсивной медикаментозной терапией. Выбор способа гемостаза основывается на тщательной оценке и синтезе определенных клинко-лабораторных данных и результатах эндоскопического исследования. К ним относятся следующие:

- оценка тяжести гемодинамических последствий кровопотери и их активная коррекция;
- неотложная диагностика источника, характера и активности кровотечения;
- возможность осуществления временного или окончательного неоперативного гемостаза (эндоскопического + медикаментозного);
- определение риска рецидива кровотечения.

При поступлении больных оценивают степень кровопотери обычными эффективными методами с помощью показателей, получение которых доступно практически в каждом лечебном учреждении и в любое время суток (табл. 1).

Таблица 1

Оценка степени кровопотери

Показатель	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Кожный покров	Обычной окраски	Бледный	Бледный, холодный пот
Потеря сознания	Не было	Однократно	Неоднократно
Рвота	Однократно	Повторная	Обильная, повторная
Мелена	Однократно	Повторная	Множественно
АД (мм рт.ст.)	≥ 100	90	< 90
Частота пульса (в 1 мин)	≤ 100	110	> 110
Гемоглобин (г/л)	> 100	80	< 80
Эритроциты	3,6	2,5	$< 2,5$
Гематокрит	> 35	25	< 25
Дефицит ОЦК, %	< 20	20-30	30-40 и более
Примерная кровопотеря (мл)	1000	2000	> 2000

При отсутствии возможности аппаратного определения уровня ОЦК в первые 12 часов от момента развития осложнения, степень кровопотери можно определить по индексу Альтговера. Если от начала кровотечения прошло более 12 часов, объем кровопотери определяется по формуле Мура.

При стабильном состоянии больного и отсутствии признаков массивного кровотечения эндоскопическое исследование и лечебные манипуляции проводятся в условиях эндоскопического отделения. Больные с нестабильными гемодинамическими показателями, обусловленными продолжающимся или перенесенным массивным кровотечением, госпитализируются в реанимационное отделение, где после стабилизации их состояния производится ЭГДС и (при необходимости) лечебные воздействия. Обследование и лечение больных в крайне тяжелом состоянии (геморрагический шок) осуществляется в операционной, где на фоне проведения реанимационных мероприятий производится ЭГДС, остановка кровотечения.

Всем больным, независимо от времени суток, в первый час выполнялась ЭГДС, при которой уточнялся источник кровотечения, его локализация, характер и активность кровотечения, проводилась эндоскопическая остановка продолжающегося кровотечения или определялась устойчивость гемостаза при остановившемся кровотечении. Мы считаем важным участие хирурга в проведении эндоскопического исследования, поскольку визуальная оценка источника кровотечения в сумме с другими перечисленными факторами является определяющей в принятии тактических решений.

Выше отмечалось, что операции, проводимые на высоте кровотечения и по поводу рецидива, сопровождаются высокой летальностью. В связи с этим важную роль играет временная или окончательная остановка кровотечения. Известно, что эндоскопический гемостаз эффективен у большей части больных, но в

ряде случаев срок его стабильности исчисляется часами. Это время необходимо использовать для проведения интенсивной предоперационной подготовки (восполнение кровопотери и хотя бы минимальной коррекции изменений, обусловленных сопутствующими заболеваниями), что дает возможность выполнить ее несколько позже, но в лучших условиях.

Показаниями для проведения эндоскопического гемостаза являются:

- продолжающееся в момент эндоскопического исследования кровотечение (Forrest Ia и Ib) ;
- остановившееся на момент осмотра кровотечение со стигмами в дне и краях язвы — Forrest II (Ila, I Ib, I Ic).

Необходимо отметить, что эндоскопическое исследование с применением лечебных воздействий при продолжающемся интенсивном гастродуоденальном кровотечении представляет значительные трудности. Для его реализации требуется соблюдение нескольких условий:

- круглосуточное дежурство высококвалифицированных специалистов, владеющих различными методиками эндоскопического гемостаза;
- наличие соответствующего оснащения;
- хороший доступ к источнику кровотечения, грамотный выбор метода гемостаза (или сочетание нескольких) и его настойчивая реализация.

Наиболее распространенными и применяемыми на практике являются: монополярная диатермокоагуляция, инъекционные методы с применением сосудосуживающих препаратов, инъекции 30% и 96% этанола, методы клеевой пломбировки, лазерная коагуляция. Используются также аргонно-плазменная коагуляция и эндоклипирование.

Существуют ситуации, когда проведение эндоскопического гемостаза не показано, или осуществление его невозможно:

- отсутствие стигм кровотечения в дне и краях язвы – F III;
- отсутствие адекватного доступа к источнику кровотечения (из-за особенностей анатомии, грубой деформации или стенозирования просвета);
- массивное артериальное кровотечение, особенно из-под плотного, фиксированного сгустка, когда отсутствует возможность быстрого (1-2 мин.) воздействия на кровоточащий сосуд;
- отсутствие условий для адекватного выполнения гемостаза.

Говоря о последнем, следует подчеркнуть, что в тех учреждениях, где отсутствует возможность круглосуточного применения комплекса методик эндоскопического гемостаза, нет альтернативы активной хирургической тактике, поскольку пассивное выжидание или «активное» консервативное лечение при продолжающемся кровотечении из язвы быстро приводит к ситуации, когда экстренная операция становится малоэффективной, а по сути – бессмысленной.

Экстренной операции подлежат больные с продолжающимся струйным кровотечением (Forrest Ia) и неудавшейся попыткой его эндоскопического гемостаза, а также больные, у которых в стационаре возник рецидив кровотечения.

При возникновении подобной ситуации необходимо помнить, что результаты операций у анемизированных больных во многом зависят от продолжительности и травматичности вмешательства, поэтому они должны быть минимальными. Кроме того, необходимо учитывать локализацию язвы, тяжесть кровопотери, сопутствующие заболевания. Первой и главной целью операции является остановка кровотечения и спасение жизни больного, и уже на второй

план отодвигается излечение больного от основного заболевания.

Весьма важным считаем прогнозирование вероятности рецидивного кровотечения после эндоскопической остановки и при ее наличии – проведение превентивной операции. Как уже отмечалось, возникновение рецидива кровотечения в стационаре после спонтанной или эндоскопической остановки является одной из самых проблематичных ситуаций в лечении острых язвенных гастродуоденальных кровотечений.

В литературе обсуждаются многочисленные схемы расчетов вероятности развития рецидива, вплоть до применения многофакторного математического анализа с компьютерной обработкой данных. На практике прогноз рецидива острого желудочно-кишечного язвенного кровотечения основывается на синтезе клинико-лабораторных данных, отражающих, в основном, интенсивность кровотечения, и результатах эндоскопического исследования.

Исходя из нашего опыта, для прогнозирования возможности рецидива кровотечения в своей работе мы используем следующие критерии.

Эндоскопические:

- продолжающееся на момент исследования артериальное кровотечение (Forrest Ia);

- язвенные дефекты большого диаметра и глубины, локализующиеся в проекции крупных сосудов: при желудочной локализации – язвы диаметром 2 см и более, глубиной 0,6 см и более, располагающиеся в верхней и средней третях желудка по малой кривизне, задней стенке, зонах образования язв Деллафуа; при локализации в двенадцатиперстной кишке – задняя стенка, размер более 1 см в диаметре, глубина – 0,4 см и более.

- наличие крупного тромбированного сосуда в дне или крае язвы (Forrest IIa), или наличие красного сгустка в кратере язвы (Forrest IIb).

Клинико-лабораторные:

- неблагоприятным клиническим прогностическим фактором считаем тяжелую степень кровотечения;

- дефицит ОЦК, соответствующий тяжелой степени кровопотери.

В случае сочетания любых двух признаков вероятность рецидива расценивается как превышающая 65%, трех признаков – как приближающаяся к 100%.

Больные с высоким риском кровотечения оперируются в срочном порядке в течение 12-36 часов с момента поступления. Пациенты с высоким риском кровотечения и предельным операционно-анестезиологическим риском ведутся консервативно с активным динамическим ЭГДС-контролем. Консервативная терапия включает интенсивную коррекцию кровопотери и вызванных ею синдромных нарушений, введение гемостатических и антифибринолитических средств, ингибиторов протонной помпы или антагонистов H_2 -блокаторов, антихеликобактерную терапию. Контрольные эндоскопии проводятся вплоть до исчезновения риска рецидива кровотечения. При этом в динамике оценивается состояние источника кровотечения, проводится оценка риска рецидива кровотечения, в случае необходимости проводятся дополнительные лечебные манипуляции.

За период с 2000 по 2006 г. в хирургические отделения Коломенской ЦРБ поступило 748 больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Из них 482 (64,4%) больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Мужчин было 76%, женщин 24%. Возраст больных колебался от 12 до 82 лет.

Больных с язвой желудка было 144 человека (29,9%), с язвой двенадцатиперстной кишки – 338 (70,1%). У 104 (21,5%) из них отсутствовали стигмы кровотечения, лечебные эндоскопические мероприятия по отношению к ним не применялись.

Продолжающееся кровотечение различной степени интенсивности (Fla, Flb) в группе больных с язвенной болезнью во время экстренной эндоскопии выявлено у 72 человек (14,9%). Всем им проведена эндоскопическая остановка, которая оказалась неэффективной у 6 пациентов, что потребовало выполнения неотложной операции. Из этой группы умер больной 39 лет, которому проведена резекция по Б-1 на фоне массивной кровопотери, по поводу каллезной пенетрирующей язвы угла желудка диаметром 3,5 см. Пациент умер на следующий день от нарастающей сердечно-легочной недостаточности на фоне фиброзно-кавернозного ТБЦ с полным разрушением верхней доли левого легкого и множественными полостями распада справа. У 17 (3,5%) больных возник рецидив кровотечения в первые 12-24 часа, что у 6 из них потребовало проведения срочной операции. Из них умерли 2 больных преклонного возраста: больной 72 лет после прошивания язвы субкардиального отдела желудка, на фоне массивной кровопотери, у которого в послеоперационном периоде развилась несостоятельность швов и разлитой перитонит, и пациентка 68 лет с низкой язвой (2 см в диаметре) задней стенки двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным кровотечением. У этой больной после эндоскопической остановки в первые сутки развился рецидив кровотечения, по поводу чего произведена дуоденотомия, прошивание язвы. На следующие сутки рецидив профузного кровотечения послужил причиной смерти.

Из 378 больных, которым проводилась эндоскопическая остановка кровотечения, в том числе и при неоднократных попытках ее осуществления, стойкого гемостаза удалось достичь у 337 (89,15%). Срочным оперативным вмешательством, выполненным в 24-36 часов, подвергнуты 29 (6%) больных. Это пациенты, у которых имелась высокая степень риска возникновения рецидива, основанная на описанных выше признаках. В этой группе больных летальных исходов не было.

Таблица 2

Объем операций, выполненных при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях, и их результаты

Операции	Число больных	Умерло
Резекция желудка по Б-I	8	1
Резекция желудка по Б-II	16	-
Иссечение или прошивание язвы, пилоропластика + стволовая ваготомия	13	1
Гастротомия, прошивание язвы, перевязка ЛЖА	4	1
Всего	41	3 (7,3%)

Представленный опыт и анализ данных литературы позволяют рекомендовать вышеуказанные принципы лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением, для использования на практике. Нам удалось снизить уровень послеоперационной летальности с 13,4% до 7,3%.

Мы не ставили своей целью призывать к чрезмерной активности по отношению к этим больным. Думается, что только при оптимальном соотношении выявленных и должным образом суммированных признаках и факторах возможна поимка той «золотой середины», которая позволит улучшить результаты лечения этой тяжелой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. – 2004. – №5. – С. 46-51
2. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.Л. // Хирургия. – 2004. – №3. – С. 56-60.
3. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. и др. // Хирургия. – 2002. – №8. – С.2-35
4. Тверитнева Л. Ф., Ермолов А. В., Утешев А.С., Миронов А.В. // Хирургия. – 2003. – №12. – С.44-47.
5. Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. и др. // Хирургия. – 2004. – №9. – С.29-31.
6. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. // Хирургия. – 2002. – №11. – С.32-33.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В.В. Павленко

Кемеровская ГМА, ГКБ №3, г. Кемерово

Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения и являются одной из самых распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечения по частоте занимают второе место после аппендэктомии и составляют 15% от всех оперативных вмешательств [3, 4, 5, 7]. Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значительном количестве рецидивов, достигающих 40-50% при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах [1, 2, 6, 8]. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действием сформировавшейся грыжи и усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевала признание концепция герниопластики без натяжения [10, 11].

С 1994 г. в клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ №3 г. Кемерово оперирован 601 больной в возрасте от 27 до 76 лет с большими и гигантскими (послеоперационными) грыжами передней брюшной стенки. Паховыми грыжами больших размеров считали случаи со значительным расширением внутреннего пахового кольца и разрушением задней стенки пахового канала (более 1/3 ее длины). К послеоперационным грыжам больших и гигантских размеров относили случаи с грыжевым дефектом более 10 см или грыжевым выпячиванием более 15 см.

Контрольную группу составили 304 человека, оперированных по традиционной тактике (1994-1997), которая состояла в применении различных способов закрытия грыжевых ворот местными тканями. При паховых грыжах выполняли различные варианты герниопластики, укрепляющие заднюю стенку пахового канала (по Бассини, Кукуджанову и др.). При лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами, в основном, применяли способы, направленные на закрытие дефекта с помощью удвоения мышечно-апоневротических краев грыжевых ворот.