

билиарного тракта позволил во всех случаях купировать холангиогенную инфекцию, избежать летальности, тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода. Внедрение в клиническую практику разработанного способа арелюксной ходедоходуоденостомии

позволило добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей, предотвратить развитие послеоперационного рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х.А., Акбаров М.М., Музаффаров Ф.У., Нишанов М.Ш. Хирургическое лечение рефлюкс-холангита и стриктур билиодигестивных анастомозов после реконструктивных вмешательств на желчных протоках // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 47.
2. Аутлев К.М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арелюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи: дис. ... д-ра мед. наук. — Томск, 2005. — 322 с.
3. Котельникова Л.П., Черкасов В.А., Палатова Л.Ф. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов // *Анналы хирургической патологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 97.
4. Пострелов Н.А., Гранстрем К.О., Дрогоморецкая Е.И. и др. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике // *Вестник хирургии*. — 2002. — Т. 161, № 1. — С. 45-47.
5. Meylaerts S.A., van Gulik T.M., Rauws E.A., Gouma D.J. Obstructive jaundice after surgery of the biliary tract, a benign stricture or not? // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* — 2004. — N 23. — P. 1157-1161.

Адрес для переписки: Гибадулин Наиль Валерианович — 634049, г. Томск, ул. Иркутский тракт, дом 39/1, кв. 180, тел. (3832) 752458. E-mail: gibadulina@mail.ru;
Телицкий Сергей Юрьевич — Томск, просп. Кирова, 49, тел. (3822) 555332;
Гибадулина Ирина Олеговна — Томск, просп. Кирова, 49, тел. (3822) 555332

© ТИХОНОВ В.И., ПОПОВ О.С., ШПИЛЕВОЙ П.К., ШКАТОВ Д.А., ТИХОНОВ А.В. — 2009

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

В.И. Тихонов, О.С. Попов, П.К. Шpileвой, Д.А. Шкатов, А.В. Тихонов
(ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск,
ректор — д.м.н., проф., акад. РАМН В.В. Новицкий)

Реферат. Врачебная тактика при желудочно-кишечных кровотечениях должна быть направлена на максимально возможное использование консервативной терапии и на постоянный контроль за состоянием больного. Срочное оперативное вмешательство должно производиться при продолжающемся кровотечении, ранняя операция — при повторном кровотечении или угрозе кровотечения. В плановом порядке оперативное вмешательство предлагается больному при наличии дополнительных показаний к операции.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, хирургическое лечение.

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ULCEROUS BLEEDINGS

V.I. Tikhonov, O.S. Popov, P.K. Shpilevoy, D.A. Shkatov, A.V. Tikhonov
Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary. Treatment approach at gastrointestinal bleeding should be aimed at as broad as possible usage of conservative therapy and at permanent control of a patient's state. Urgent surgery should be performed in case of continuous bleeding, early surgery — at repeated bleeding or its threat. Planned surgery is suggested to the patient if there are some other indications for the surgery.

Key words: stomach ulcer, surgical treatment.

По статистике желудочно-кишечное кровотечение — одно из наиболее частых и грозных осложнений язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), встречающееся у 10-20% больных и являющееся причиной почти половины летальных исходов при этом заболевании. Кровотечения язвенной природы составляют 45-75% от всех желудочно-кишечных кровотечений, и поэтому проблема желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни является актуальной в хирургической гастроэнтерологии.

Материалы и методы: изучение архивных историй болезни больных с язвенным кровотечением.

В клинике общей хирургии СибГМУ за пятилетие (1996-2000 гг.) находились на лечении 73 больных с кровотечением из язвы желудка и ДПК. Все больные поступили в порядке оказания скорой медицинской помощи. Из них мужчин было 51, женщин — 22; возраст 20-29 лет — 10 человек, 30-39 лет — 13, 40-49 — 17, 50-59 — 20, 60 лет и старше — 13 больных. Данные сведения подтверждают тот факт, что более 50% больных гастродуоденальными язвенными кровотечениями —

лица старше 40 лет, преимущественно мужского пола. С возрастом опасность возникновения кровотечений при язвенной болезни увеличивается. У пациентов старше 60 лет язвенная болезнь осложняется кровотечениями в 50% случаев.

Результаты и обсуждение

При изучении историй болезни из анамнеза выявлено, что язва впервые обнаружена у 35 человек, у остальных продолжительность анамнеза составляла: 1 год — у пяти больных; от 1 до 3 лет — у трех, от 4 до 5 лет — у двух и более 5 лет — у 28 пациентов. Ранее противоязвенное лечение проводилось в стационаре четырем больным, регулярно амбулаторно — 10, при обострениях — девяти пациентам, и 50 человек не лечились.

Язвенное кровотечение впервые выявлено у 55 больных, во второй раз оно открылось у 9, в третий раз и более — у 5, нет сведений у 4-х пациентов.

Лечение прежних кровотечений осуществлялось консервативно у 11 больных, трем проводилось оперативное лечение — обшивание язвы, перевязка сосудов.

Признаки кровотечения появились у 1 больного за 1 час до поступления в клинику, за 2-3 часа — также у одного пациента, более 3 часов — у 41 пациента.

Состояние больных при поступлении оценено как удовлетворительное у 43 больных, средней тяжести — у 18 и тяжелое — у 12 пациентов. Систолическое АД было выше 110 мм рт. ст. у 39 человек, 110-90 — у 24, менее 90 — у 10 пациентов. Частота сердечных сокращений до 80/мин. отмечена у 20 больных, 80-100 — у 42 и выше 100/мин — у 11 пациентов.

Зафиксирована различная степень анемизации больных, которая зависела от степени кровопотери и продолжительности кровотечения. Так, анемия легкой степени отмечена у 36 больных, средней — у 18 и тяжелой степени — у 20 человек.

Всем больным при поступлении проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия, при которой верифицировался язвенный процесс, наличие признаков кровотечения. Язва локализовалась у 24 человек в желудке, в том числе, в теле — у 17 больных, в антральном отделе — у 5, в пилорическом — у 2-х пациентов, в луковице ДПК — у 47 человек, и двойная локализация язвы обнаружена в луковице ДПК и верхней трети тела желудка у 2-х больных. Величина язвы колебалась от 0,5 до 3 см, причем до 0,5 см язва выявлена у 14 человек, от 0,5 до 1 см — у 35, 1,1-1,5 см — у 9, 1,6-2 см — у 6 больных и более 2 см — у 9 человек.

При описании дна язвы отмечены некротические изменения у 12 пациентов, старые тромбы — у 39, свежие тромбы — у 20 больных, при этом у двух пациентов были видны затромбированные сосуды; из них: у 11 человек отмечалось продолжающееся небольшое кровотечение и у 4-х больных — значительное кровотечение.

Определение степени тяжести кровопотери и результаты эндоскопического исследования являются важными критериями при определении лечебной тактики.

Всем больным при поступлении лечение начиналось с консервативных мероприятий: постельный режим, голод, холод на живот, проведение гемостатической терапии: внутрь — охлажденная Е-аминокапроновая кислота по 30 мл через 2 часа или орошение язвы при эндоскопии, этамзилат — по 250 мл 3-4 раза, внутримышечно — викасол, витамин К; внутривенно — Е-аминокапроновая кислота до 100 мл, 10,0 — 10% раствора хлористого кальция, свежемороженая плазма, свежечитратная кровь в количестве 50-100 мл, при анемии 2-3 степени — переливание эритроцитарной массы. Наряду с гемостатической назначали противоязвенную терапию: Н2-блокаторы, препараты висмута, антибиотиков, антацидные препараты. При остановившемся кровотечении консервативную терапию продолжали в течение 1-3 недель и затем, после эндоскопического контроля, больным предлагали оперативное лечение или переводили в терапевтическое отделение, или отпускали на амбулаторное лечение.

Всего консервативную терапию получили 52 больных, 14 из них страдали язвенной болезнью желудка, 37 — язвенной болезнью ДПК, и 1 — язвенной болезнью желудка и ДПК. 43 больных выписаны с улучшением состояния здоровья без признаков кровотечения с компенсированной анемией, 8 человек — с выздоровлением, и 1 больной умер при сочетанных заболеваниях (тяжелой сердечно-сосудистой и легочной патологии и постгеморрагической анемии).

В группе консервативно леченных при эндоскопическом исследовании у большинства больных язвенные дефекты были менее 1 см в диаметре — у 43 человек, крупные язвы — более 1 см — обнаружены у 8 больных, причем, чаще они встречались в желудке — у 6 больных из 15 (40%), чем в ДПК — у 2-х из 36 (5,5%).

Оперирован 21 больной из 73 (28,3%). Из них экстренно — в течение 1 суток — прооперировано 5 больных: по причине продолжающегося кровотечения, не остановленного консервативными мероприятиями, — 4 пациента, при сочетании перфорации язвы и крово-

течения — 1 больной. Причем двое из них имели язву ДПК, двое — язву желудка и один — двойную локализацию: в ДПК и верхней трети желудка. Двое больных имели крупные язвы — более 2 см, и трое — до 1 см.

Семи больным произведено раннее оперативное вмешательство (в сроки от 2 до 6 суток): по причине повторного кровотечения — двум больным, угрозы повторного кровотечения, выявленного при контрольной эндоскопии (наличие в дне язвы рыхлого тромба) — пяти пациентам. Один из этой группы имел язву желудка размером больше 2 см, а шесть — язву ДПК (размерами менее 1 см).

Девяти больным операция проведена в плановом порядке в отдаленном периоде: от 9 до 23 суток пребывания в стационаре. Пятеро из них страдали ЯБЖ: с величиной язвы более 2 см — 3-е больных и более 1,2 см — 2-е пациентов. Четыре пациента имели ЯДПК размерами более 2 см у одного больного и более 1 см у трех.

Показаниями к операции служили: пенетрация язвы желудка и ДПК (5 больных); рубцовая деформация луковицы ДПК со стенозированием (2); каллезная незаживающая язва желудка (2).

Произведены следующие оперативные вмешательства:

1) резекция желудка по методу Billroth-2 — 10 больным, из них 6 — резекция 2/3-3/4 части желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера и четырьмя больными — по методике Ру-Опокина с формированием клапана над межкишечным анастомозом по нашей методике (В.И. Тихонов);

2) резекция желудка по методу Billroth-1 — 7 больным, из них пилоросохраняющая резекция — 1; резекция 2/3 части желудка — 3 и атипичная трубчатая резекция — 3;

3) радикальная дуоденопластика — 4 больных, из них: сегментарная резекция — 3, мостовидная — 1.

Летальных исходов после операций не было.

Таким образом, экстренные операции производились больным вследствие продолжающегося кровотечения и, как редкий случай, — при сочетании кровотечения и перфорации язвы. Ранние операции были продиктованы повторным кровотечением или (и) наличием свежего рыхлого тромба в язве, определенного при контрольном эндоскопическом исследовании. Плановые операции обуславливались имеющимися дополнительно показаниями: пенетрацией язвы, рубцовой деформацией ДПК со стенозированием, каллезной незаживающей ЯЖ.

В целом, в результате анализа историй болезни больных, поступивших в клинику с язвенным кровотечением, можно отметить следующее:

1) впервые язва установлена только при кровотечении у 35 больных вследствие а) атипичного бессимптомного течения ЯБ — клинические проявления начались с кровотечения; б) необращения больных при наличии болевого синдрома; в) ошибочной врачебной тактики при обращении больных — не диагностировано заболевание;

2) неудовлетворительно поставлена диспансеризация больных с ЯБЖ и ДПК — редко осуществляется стационарное лечение при обострениях, не проводится профилактическое лечение;

3) больные поздно обращаются в лечебные учреждения при кровотечении — более половины (41 человек) больных поступило позже 3-х часов от первых признаков кровотечения — плохо проводится соответствующая санитарно-просветительная работа среди населения;

4) не проводится плановое оперативное лечение больным, перенесшим в прошлом кровотечение, поэтому у 14 больных наступило повторное.

Причинно-следственной связи между кровотечением и некоторыми показателями язвенного процесса, такими как: локализация, размер язвенного дефекта, возраст больного, длительность анамнеза и др. — на нашем материале достоверно не выявлено.

Врачебная тактика при острых кровотечениях из ЯЖ и ДПК должна быть направлена, прежде всего,

на: 1) максимально возможное использование консервативной терапии, как в плане остановки кровотечения, так и подготовки к операции; 2) постоянный контроль за состоянием больного (ЦВД, пульс, АД, дыхание, ощущения), его составом крови и эндоскопической картиной. Срочное оперативное вмеша-

тельство должно производиться при продолжающемся кровотечении, ранняя операция — при повторном кровотечении или угрозе кровотечения. В плановом порядке оперативное вмешательство предлагается больному при наличии дополнительных показаний к операции.

Адрес для переписки: г. Томск, Московский тракт, 2,

Тихонов Виктор Иванович — д.м.н., профессор, зав. каф. общей хирургии, тел. (3822) 53-11-61;

Попов Олег Сергеевич — д.м.н., доцент, зав. клиникой, тел. (3822) 53-11-25;

Шпилевой Петр Кириллович — к.м.н., ассистент, зав. отделением, тел. (3822) 53-42-23

© ТРЫНОВ С.Н., ГИБАДУЛИН Н.В., КОШЕЛЬ А.П., ГИБАДУЛИНА И.О. — 2009

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

С.Н. Трынов¹, Н.В. Гибадулин², А.П. Кошель¹, И.О. Гибадулина²

(¹НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова Сибирского государственного медицинского университета, директор — д.м.н., проф. А.П. Кошель;

²Томский военно-медицинский институт, начальник — к.м.н., доц. С.В. Полковов)

Резюме. В работе обоснована целесообразность выполнения комплексной хирургической реабилитации верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с выраженным дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом. 21 больному выполнено оперативное вмешательство, включающее селективную проксимальную ваготомию, диафрагмокрурорафию, эзофагофундорафию, коррекцию функциональной несостоятельности привратника и купирование явлений дуоденостаза. В послеоперационный период регистрировалось отсутствие рецидива заболевания, регургитационных расстройств, а также значительное повышение уровня качества жизни больных.

Ключевые слова: рефлюксная болезнь, хирургическая коррекция.

POTENTIALITIES OF FUNCTIONAL SURGERY IN TREATMENT OF REFLUX ILLNESS

S.N. Trynov, N.V. Gibadulin, A.P. Koshel, I.O. Gibadulina

(G.K. Zherlov Scientific Research Institute of Gastroenterology of Siberian State Medical University; Tomsk Military Medical Institute)

Summary. The study justifies the suitability of integrated surgical rehabilitation of upper segments of gastrointestinal tract for patients with evident duodenogastroesophageal reflux. 21 patients received surgical treatment, including selective proximal vagotomy, diaphragmocrurophy, esophagofundoraphy, correction of functional inconsistency of pylorus and reduction of occurrences of duodenostasis. In the post-operative period absence of recurrence of the illness, and also considerable increase in patient quality of life, was registered.

Key words: reflux illness, surgical correction.

Одной из нерешенных и дискуссионных проблем современной гастроэнтерологии является лечение рефлюксной болезни. Неясность этиологии, сложность патогенеза, трудности лечения, частота временной и стойкой потери трудоспособности людей молодого и среднего возраста определяют научно-практическую и социальную значимость этой проблемы. По данным сводной статистики, клинические проявления выраженного дуоденогастро- и гастроэзофагеального рефлюкса регистрируются у 20-40% взрослого населения развитых стран, в России распространенность данной патологии составляет 40-60% [5-7].

Длительное существование рефлюксной болезни приводит к формированию воспалительных, эрозивных и неопластических изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также к развитию внепеченочных осложнений рефлюксной болезни [2, 6]. Рефлюкс-эзофагит, пищевод Баррета и рак пищевода представляют собой последовательную цепь развития событий, обусловленных функциональной либо органической несостоятельностью эзофагокардиального перехода [1, 4, 5]. При этом у большинства больных регистрируется нарушение замыкательной функции пилорического жома, развивающееся, как правило, на фоне хронической дуоденальной непроходимости, что указывает на связь между возникновением рефлюксной болезни и явлениями дуоденостаза.

Консервативная терапия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни носит симптоматический характер, фактически обрекая пациентов на пожизненный прием лекарственных средств [3, 5-7]. Говоря об опе-

ративном лечении данной категории больных, следует отметить, что на сегодняшний день насчитывается более 50 различных видов арефлюксных корригирующих эзофагокардиальный переход операций, что в определенной степени свидетельствует о неудовлетворенности хирургов результатами этих вмешательств [1, 4, 7-9]. Современный этап развития хирургической гастроэнтерологии — этап функциональной хирургии характеризуется пересмотром оценочных критериев способов оперативного лечения с акцентом на полноту восстановления функциональной активности гастродуоденального комплекса, предотвращения развития послеоперационных синдромов, сохранения трудоспособности и обеспечение высокого качества жизни пациентов. С этих позиций целесообразно проведение исследований, направленных на хирургическую реабилитацию всего эзофагогастродуоденального комплекса, с восстановлением арефлюксной активности его естественных сфинктерных механизмов и коррекцией хронической дуоденальной непроходимости.

Материал и методы

В эксперименте на 10 беспородных собаках со сроками наблюдения от 7 дней до 6 месяцев разработан способ усиления арефлюксной функции пилорического жома (исследования проводились с соблюдением конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей). Операция предполагает создание арефлюксного механизма по типу «чернильницы-непроливайки» путем